

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1907

THÈSE

N^o 296

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mardi 16 juillet 1907, à 1 heure

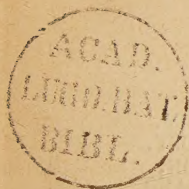
Par Henri BURTY

Né à Bourg-la-Reine (Seine), le 29 avril 1876.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

FIBROMES COMPLIQUÉS DE GROSSESSE



Président : M. POZZI, professeur.

Juges : MM. DE LAPERSONNE, professeur.

LANGLOIS, } *agregés.*
MARION, }

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1907

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen..... M. DEBOVE.
Professeurs MM.

Anatomie.....	N...
Physiologie.....	Ch. RICHET.
Physique médicale.....	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....	R. BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD
Pathologie médicale.....	{ N...
Pathologie chirurgicale.....	BRISSAUD.
Anatomie pathologique.....	LANNELONGUE.
Histologie.....	CORNIL.
Opérations et appareils.....	N...
Pharmacologie et matière médicale.....	SEGOND.
Thérapeutique.....	POUCHET.
Hygiène.....	GILBERT.
Médecine légale.....	CHANTEMESSE.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	THOINOT.
Pathologie expérimentale et comparée.....	DEJERINE.
	ROGER.
Clinique médicale.....	{ HAYEM.
	DIEULAFOY.
	DEBOVE.
	LANDOUZY.
	HUTINEL.
Clinique des maladies des enfants.....	JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	GAUCHER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	RAYMOND.
Clinique des maladies du système nerveux.....	LE DENTU.
Clinique chirurgicale...	{ TERRIER.
	BERGER.
	RECLUS.
Clinique ophtalmologique.....	DE LAPERSONNE.
Clinique des maladies des voies urinaires.....	ALBARRAN.
Clinique d'accouchements.....	{ PINARD.
	N....
Clinique gynécologique.....	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile.....	KIRMISSON.
Clinique thérapeutique.....	ROBIN

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
AUVRAY	DESGREZ.	LEGRY.	PROUST.
BALTHAZARD.	DUPRÉ.	LEGUEU.	RENON.
BEZANÇON.	DUVAL	LEPAGE.	RICHAUD.
BRANCA.	FAURE.	MACAIGNE.	RIEFFEL. <i>Chef des</i>
BRINDEAU.	GOSSET.	MAILLARD.	<i>travaux anatomiques</i>
BROCA (ANDRÉ).	GOUGET.	MARION.	TEISSIER.
CARNOT.	JEANSELME.	MAUCLAIRE.	THIROLOIX.
CLAUDE.	LABBÉ.	MÉRY.	VAQUEZ.
CUNEO.	LANGLOIS.	MORESTIN.	WALLICH.
DEMELIN.	LAUNOIS.	POTOCKI.	

Secrétaire de la Faculté : M. DESTOUCHES.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR POZZI

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

CHIRURGIEN DE L'HÔPITAL BROCA

COMMANDEUR DE LA LÉGION D'HONNEUR

INTRODUCTION

Nous avons eu l'occasion d'observer, depuis un an, trois cas intéressants de fibromes compliqués de grossesse, deux à l'hôpital Gouin, dans le service de notre maître le D^r Bonamy, le dernier tout récemment, avec notre ami Bender. Une quatrième observation, inédite, nous a été obligeamment communiquée par le D^r Jayle. Nous avons cru intéressant de rapporter en détails ces quatre observations, très différentes les unes des autres, au point de vue de l'indication opératoire et de l'intervention qui fut pratiquée, et de les faire suivre de quelques considérations sur les fibromes gravidiques. Nous aurions désiré faire un travail plus complet, mais le temps nous en a manqué, par suite de circonstances imprévues. Nous croyons cependant que, pris tels quels, les documents que nous apportons sont susceptibles d'apporter à la question de l'intervention chirurgicale dans les fibromes gravidiques une utile contribution.

Avant d'entrer dans le corps de notre sujet qu'il nous soit permis de remercier tous ceux, maîtres et amis, qui dans le cours de nos études nous ont encouragé de leur exemple, de leurs conseils et de leur sympathie : M. le professeur agrégé Schwartz qui fut notre premier maître ; le regretté D^r Rendu ; le D^r Michaux qui nous apprit, dans son service de l'hôpital Broussais, les devoirs qui incombent à un externe sérieux ; le D^r Oettinger dont nous ne saurions oublier

l'enseignement toujours si bienveillant et pratique au lit du malade.

A son interne d'alors, le professeur agrégé Jousset, nous voulons prouver aujourd'hui que nous savons nous souvenir des multiples raisons que nous avons de lui être reconnaissant. Le D^r Lermoyez nous accueillit dans son service où, sous sa direction et celle de son assistant, le D^r Georges Laurens, nous apprîmes les éléments de la laryngologie. Que M. le professeur agrégé Tuffier veuille agréer ici l'expression de notre reconnaissance pour nous avoir mis entre les mains expertes et sous la direction amicale et inaltérablement bonne du D^r René Bonamy. Comment remercier assez le D^r Bonamy d'avoir bien voulu nous associer à son labeur quotidien et nous laisser dans son service de l'hôpital Gouin la latitude et l'initiative grâce auxquelles nous avons tâché de nous assimiler les préceptes de la belle, grande et honnête chirurgie. Merci aussi au D^r Lombard, à la consultation duquel, à l'hôpital Gouin, nous pûmes augmenter notre bagage de laryngologiste.

Que ne devons-nous pas enfin à notre déjà vieil ami le D^r Bender pour la direction éclairée et les conseils précieux qu'il nous a donnés pour la facture de ce travail. Que M. le professeur Pozzi veuille bien agréer nos remerciements pour l'honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de cette thèse.

PREMIÈRE PARTIE

OBSERVATIONS PERSONNELLES



Digitized by the Internet Archive
in 2026

OBSERVATION I

Fibromes multiples de l'utérus. — Grossesse de trois mois et demi environ. — Myomectomie. — Guérison. — Continuation de la grossesse et accouchement à terme.

Mme C..., 30 ans.

Premières règles à 12 ans. Depuis cette époque les règles ont toujours été régulières, peu abondantes, non douloureuses ; leur durée moyenne était de trois jours.

La malade n'a jamais eu de grossesse ; elle n'a jamais souffert d'aucun trouble génital.

L'état de santé est demeuré excellent jusqu'il y a trois mois. A cette époque (fin avril 1906), le ventre a augmenté de volume, mais sans qu'aucun phénomène douloureux vienne inquiéter la malade.

A la fin du mois de mai 1906, *suppression des règles* ; cette aménorrhée s'accompagne de gonflement des seins et de quelques douleurs abdominales. La malade consulte son médecin. Mme le Dr Bardin, d'Ozouer-sur-Trézée (Loiret), qui ne peut que pratiquer le palper abdominal car la malade, nerveuse et indocile, refuse de se laisser toucher. Pourtant la perception d'un utérus bosselé, un peu douloureux, éveille ses soupçons et elle décide la malade à aller se faire examiner à Paris.

Au début de juillet, la malade vient consulter à l'hôpital Gouin où on reconnaît la présence d'une tumeur abdominale médiane, mobile, dure, bosselée, peu douloureuse, remontant jusqu'au niveau de l'ombilic.

Au toucher on trouve un col mou et entr'ouvert. L'utérus gros, sensible au toucher, est refoulé à droite et basculé dans le Douglas par la masse perçue au palper, dont la plus grande partie est développée dans la fosse iliaque gauche.

En présence des signes de grossesse possible et du diagnostic

de fibrome qui s'impose, on décide la malade à rester en observation dans le service ; elle y entre le 7 juillet 1906.

Le 9 juillet, apparition d'un écoulement sanguin, qui cesse le 11, et conduit à mettre en doute l'hypothèse de grossesse primitivement admise. Comme d'autre part l'évolution normale d'une grossesse semble incompatible avec la présence d'une tumeur aussi volumineuse, on décide d'opérer.

OPÉRATION, le 19 juillet 1906, par le Dr BONAMY. — Laparotomie médiane. Incision allant du pubis à l'ombilic. On découvre aussitôt, implanté sur la face latérale gauche de l'ombilic, un fibrome trilobé, gros comme une tête de fœtus et remplissant la fosse iliaque gauche. On incise le muscle utérin sur une longueur de 7 centimètres et on fait la myomectomie. Au cours de ces manœuvres la paroi utérine est intéressée jusqu'à la muqueuse, qui seule est respectée ; à travers la mince couche persistante le doigt perçoit très nettement une sensation de fluctuation qui, jointe à l'aspect et à la coloration violacée de l'utérus, confirme l'hypothèse de grossesse. On suture l'utérus en deux plans, au fil de lin, afin d'arrêter l'hémorragie qui est assez abondante. On enlève encore trois petits noyaux fibreux gros comme des noix et situés l'un en avant, au niveau de l'isthme, les deux autres au niveau de la face postérieure de l'utérus.

Les annexes, saines, sont laissées en place ; le petit bassin est soigneusement asséché. Suture de la paroi en trois plans, au fil de lin. Pas de drainage.

Les suites opératoires ont été excellentes. Aucune ascension thermique ; reprise des fonctions intestinales, sans purgation, le surlendemain de l'opération. La malade sort guérie le 25^e jour.

Priée de nous tenir au courant, la malade nous fait savoir, le 20 février 1907, que la grossesse évolue normalement. Le 2 mars 1907, le Dr Bardin nous annonce que la malade est accouchée facilement, la veille, après 24 heures de travail et 2 heures de période d'expulsion, d'un enfant vivant de 3.000 grammes.

Examen de la pièce. — Les pièces enlevées se composent de quatre corps fibreux, deux petits, du volume d'une noix et deux

plus volumineux qui sont représentés sur notre figure I. Le poids total de la masse enlevée est de 970 grammes.

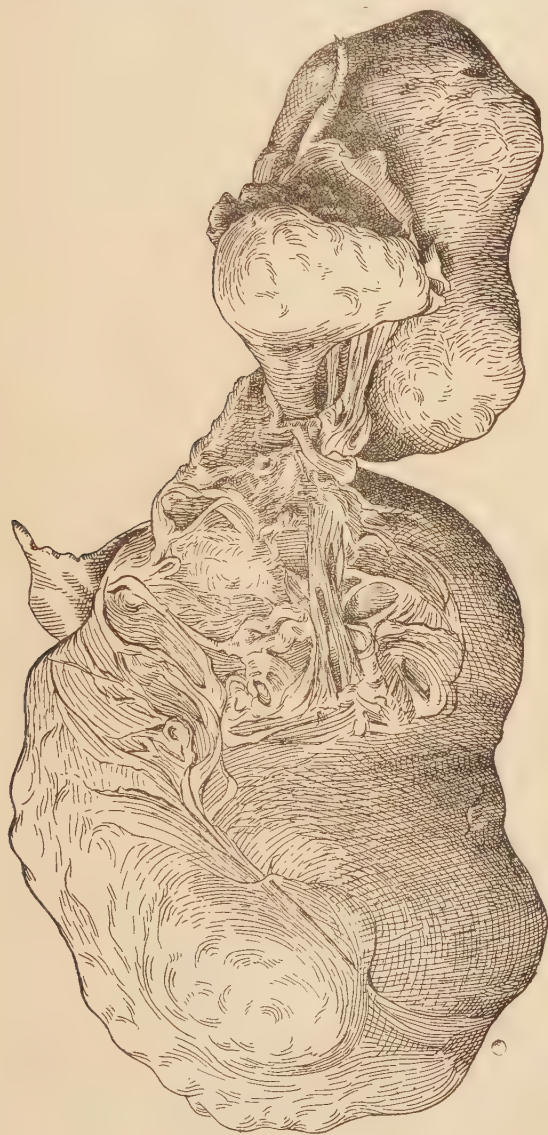


Fig. I. — Fibrome comportant une grosseur de 2 mois (obs. I).
Corps fibreux du poids de 970 grammes, enlevé par myomectomie.

Les deux gros corps fibreux, de forme ovulaire, mesuraient l'un 15 centimètres sur 10, l'autre 9 centimètres sur 6. Ils sont extrêmement durs et leur surface est parsemée de nombreuses bosselures.

La dureté du plus gros est telle qu'on a beaucoup de peine à l'inciser. La surface de section montre un tissu très dense, de coloration grisâtre, présentant une lobulation très accentuée : la tumeur paraît parcourue dans toutes ses dimensions par des cloisons fibreuses très épaisses.

OBSERVATION II

*Fibrome volumineux de l'utérus. — Grossesse de cinq mois.
Hystérectomie abdominale subtotal. — Guérison.*

Mme H., 43 ans.

Pas d'antécédents héréditaires.

La malade a été réglée à 14 ans. Les règles survenaient toutes les trois semaines environ et duraient de quatre à six jours. Elles n'étaient pas douloureuses mais assez abondantes ; la malade perdait toujours de gros caillots. Leucorrhée dans l'intervalle des règles.

La malade s'est mariée à 27 ans : les règles, depuis cette époque, ont conservé les mêmes caractères. La malade a fait consécutivement trois fausses couches puis, à 34 ans, une grossesse normale avec accouchement à terme. En raison de la fréquence de ces fausses couches, on a recherché avec soin les stigmates de la syphilis, mais ces recherches sont demeurées négatives.

En février 1906, suppression des règles. La malade consulte son médecin, le Dr Rollin, de Levallois-Perret, qui constate l'existence d'un fibrome et, considérant une grossesse comme probable, conseille à la malade de se faire surveiller. Il reste cependant sans nouvelles d'elle jusqu'au commencement du mois de juillet.

A ce moment le diagnostic de grossesse est évident ; on perçoit très nettement les bruits du cœur fœtal. On sent, d'autre

part, deux masses volumineuses à droite et à gauche de la ligne médiane.

En présence de ces constatations, le Dr Rollin amène sa malade à la consultation de l'hôpital Gouin où elle est admise.

En l'examinant, la palpation permet de reconnaître dans un ventre volumineux mais peu douloureux, la présence d'une grosse masse, dure, bosselée, mobile avec au niveau de l'ombilic, une petite protubérance, saillante, douloureuse. La tumeur remplit toute la cavité abdominale depuis le pubis jusqu'à l'appendice xyphoïde : sa matité se confond avec la matité hépatique. On sent, en outre, deux masses du volume du poing à droite et à gauche de l'isthme.

L'auscultation permet d'entendre très nettement un souffle maternel mais, malgré une recherche attentive, les bruits du cœur fœtal ne peuvent être perçus.

Le toucher ne fournit pas de renseignements nouveaux ; on constate seulement que le col est très ramolli et très dilatable.

L'état général est assez mauvais ; la malade se plaint de vives douleurs dans le bas-ventre ; elle accuse une constipation opiniâtre, des vomissements fréquents ; elle a notablement maigri depuis quelque temps.

En présence de cette tumeur volumineuse, qui détermine des troubles sérieux ; en raison d'autre part de l'absence des bruits du cœur fœtal, ce qui permet de croire que le fœtus a succombé, on décide d'intervenir, se réservant de pratiquer la myomectomie si elle est possible.

OPÉRATION, le 29 juillet 1906, par le Dr BONAMY. — Laparotomie médiane. Incision allant du pubis à trois travers de doigt au-dessus de l'ombilic. Le ventre ouvert, on tombe sur un utérus volumineux, d'apparence nettement gravide et gros comme pour une grossesse de 4 à 5 mois. Cet utérus est flanqué de deux tumeurs fibreuses présentant chacune le volume d'une tête de fœtus, et situées l'une en avant et à droite, l'autre en arrière et à gauche de l'isthme ; deux autres fibromes, plus petits mais très durs, sont inclus dans les ligaments larges, qu'ils dédoublent.

On fait l'hystérectomie supra-vaginale avec ligatures premières et la tumeur est enlevée sans incident et avec une perte de sang insignifiante. Ablation des annexes gauches. Conservation

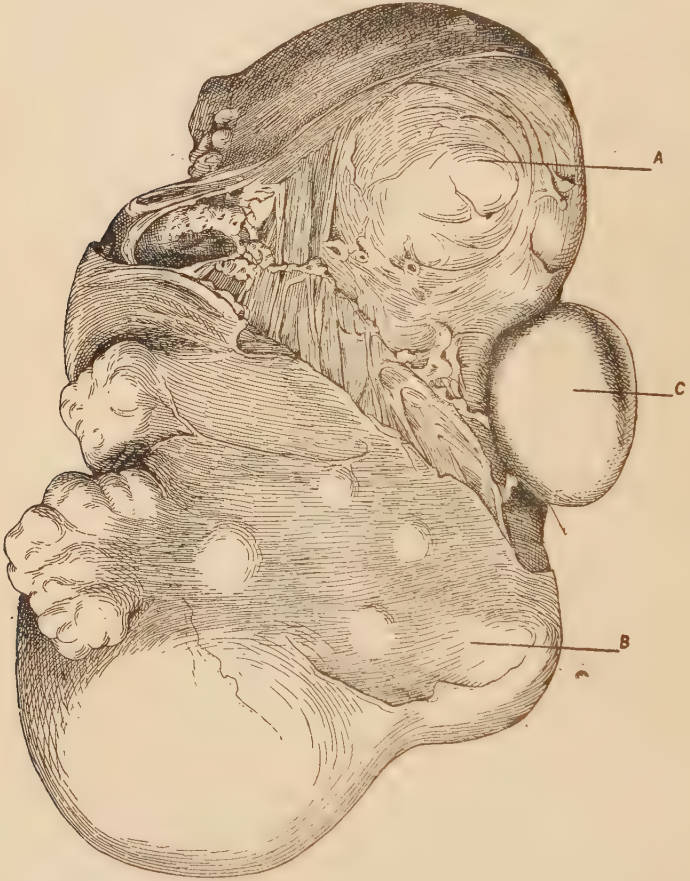


FIG. II. — *Grossesse de 5 mois compliquée de fibrome (obs. II).*
Vue de la pièce après hystérectomie. — A. Fibrome antérieur ; B. Paroi postérieure de l'utérus contenant deux fibromes ; C. Pôle inférieur de l'œuf faisant saillie à travers l'orifice de section du col.

de l'ovaire droit. Péritonisation. Suture de la paroi en trois plans aux fils de lin. Pas de drainage.

Suites opératoires excellentes. La malade quitte le service le 24^e jour, complètement guérie. Elle a été revue récemment, en parfait état.

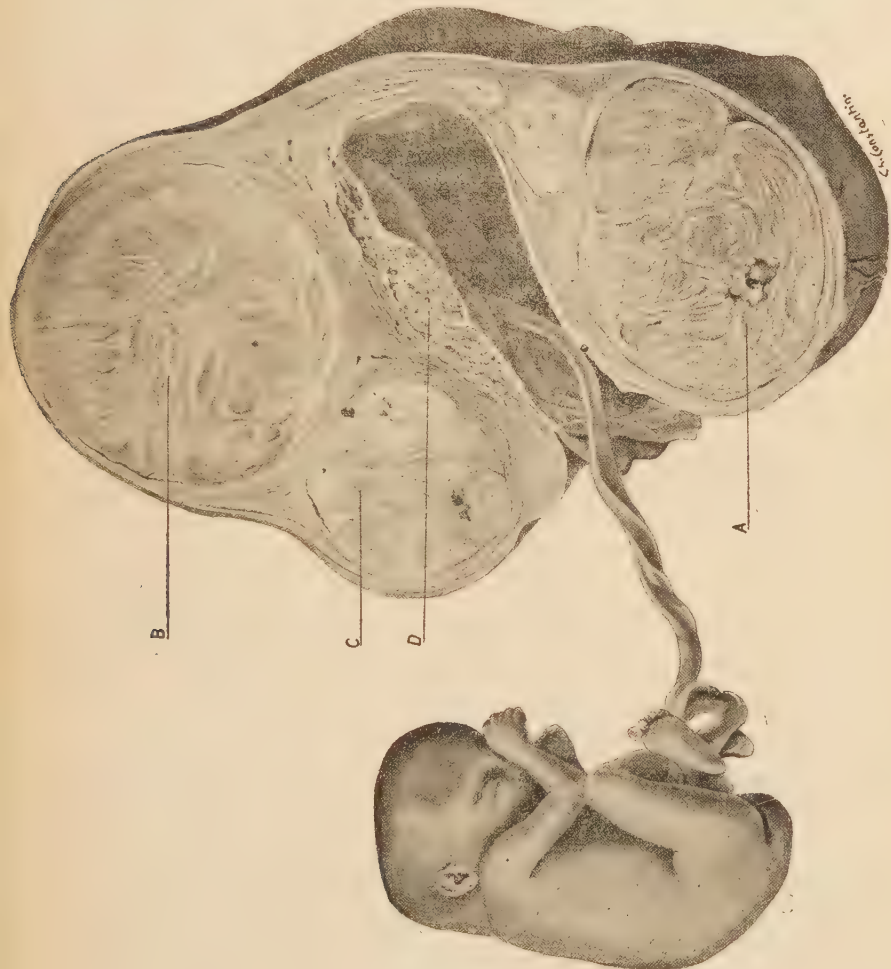


FIG. III. — Grossesse de 5 mois compliquée de fibrome (obs. II).
Coupe antéro-postérieure de la tumeur. A. Fibrome antérieur ; B et C, Fibromes développés dans la paroi utérine postérieure ; D. Placenta.

Examen de la pièce. — La tumeur, dont l'aspect extérieur est représenté sur notre figure II, pesait au moment de son ablation 2.550 grammes et mesurait dans son grand axe, d'avant en arrière, une longueur de 25 centimètres. La pièce a été durcie dans le formol puis coupée suivant son grand axe. La disposition de cette coupe est représentée figure III. La cavité utérine était située au centre même de la tumeur, elle contenait un fœtus d'une longueur de 24 centimètres placé transversalement, la tête du côté gauche. Le placenta était inséré sur la paroi utérine postérieure, le cordon mesurait 25 centimètres. Dans la paroi utérine antérieure existait un gros corps fibreux globuleux, mesurant 10 centimètres de diamètre et dont le centre présentait un début de ramollissement. En arrière de la cavité utérine se trouvaient deux gros corps fibreux superposés ; le supérieur, mesurant 9 centimètres de diamètre avait une coloration feuille morte et présentait l'aspect de la nécrose aseptique ; l'inférieur, un peu plus petit, mou et de coloration grisâtre, contenait plusieurs petites excavations remplies de liquide séreux. On trouvait, en outre, quelques petits corps fibreux disséminés.

OBSERVATION III

Fibromes multiples de l'utérus. — *Grossesse de deux mois environ.*
Hystérectomie abdominale subtotale. — *Guérison.*

D... Elise, 37 ans, couturière.

Antécédents héréditaires. — Père mort à 62 ans d'hémorragie cérébrale ; mère âgée de 70 ans, une sœur morte de tuberculose pulmonaire à 29 ans ; deux frères bien portants.

Antécédents personnels. — La malade a été atteinte d'entérite dans sa première enfance. Elle a eu la rougeole à 10 ans. Elle souffre depuis longtemps de dilatation d'estomac et de troubles intestinaux avec alternative de diarrhée et de constipation.

Premières règles à 14 ans 1/2. La malade a toujours été bien réglée. Les règles survenaient tous les 22 ou 23 jours ; elles étaient peu abondantes, duraient 5 à 6 jours et s'accompagnaient

de violentes douleurs. Elles étaient toujours précédées et suivies d'un écoulement leucorrhéique assez abondant.

La malade s'est mariée à 22 ans; à partir de ce moment les règles sont devenues plus abondantes et indolores. Jamais de grossesse.

Depuis trois ou quatre ans les règles ont augmenté d'abondance mais jamais la malade n'a perdu de caillots, jamais elle n'a eu d'hémorragie à proprement parler.

Jusqu'au mois de mai dernier la malade n'avait jamais éprouvé aucun malaise et semblait jouir d'une excellente santé. Rien n'avait attiré son attention du côté de ses organes génitaux.

Les dernières règles sont survenues le 2 avril 1907; elles furent, au dire de la malade, un peu moins abondantes que d'habitude.

Aux environs du 10 mai la malade perdit quelques gouttes de sang, puis elle eut un écoulement de liquide roussâtre, qui persista pendant quelque temps. A partir de cette époque le ventre, qui avait toujours été assez volumineux se mit à grossir à vue d'œil. La malade reconnut elle-même l'existence d'une tumeur abdominale et, se croyant enceinte alla consulter, au commencement de juin, le Dr Marey. Celui-ci ne crut pas à l'existence d'une grossesse mais reconnut la présence d'un fibrome assez volumineux.

Quelque temps après, la malade consulta une sage-femme, Mme Delange, qui, hésitante sur le diagnostic, l'amène en consultation au Dr Bonnin qui ne fait pas non plus de diagnostic ferme.

La malade est vue par le docteur Bender, en juin 1907.

A l'examen on constate que le ventre est volumineux et surchargé de graisse. Cependant la palpation permet de reconnaître très facilement une masse volumineuse, de consistance ferme, remontant un peu au-dessus de l'ombilic. En avant et à gauche, près de l'arcade crurale, on perçoit, implantée sur la tumeur principale, une masse arrondie et dure, présentant le volume d'une mandarine. Le toucher montre que l'excavation pelvienne est complètement remplie par une tumeur volumineuse, qui fait corps, très nettement, avec la masse perçue par le palper abdo-

minal. Cette tumeur est un peu mobile latéralement, mais il est absolument impossible de l'élever dans le bassin ; elle paraît bridée et étroitement appliquée sur les parois pelviennes.

Le col est difficilement accessible ; il est refoulé en avant et en haut et il faut le chercher tout à fait en arrière de la symphyse. Son orifice, qui regarde presque directement en avant, est largement entr'ouvert ; sa consistance est molle.

Le diagnostic de fibrome ne faisait pas de doute. Restait à savoir s'il y avait ou non grossesse concomitante. L'aménorrhée datait de deux mois et demi ; le col avait tout à fait l'apparence d'un col d'utérus gravide ; la pression du mamelon faisait sourdre un peu de colostrum. La malade avait eu, au début de son aménorrhée, quelques phénomènes réflexes, nausées, vomissements, qui avaient d'ailleurs cessé depuis. Ces symptômes parurent suffisants au docteur Bender, pour légitimer le diagnostic de fibrome compliqué de grossesse.

Le diagnostic posé, que convenait-il de faire. On se trouvait en présence d'un fibrome volumineux, étroitement enclavé dans le bassin et qui ne semblait pas devoir s'élever spontanément dans l'abdomen, ni pouvoir être facilement rétro pulsé. La malade ressentait quelques douleurs dans la sphère du crural et du sciatique ; elle se plaignait de constipation, mais les troubles de compression étaient en somme peu marqués. Il ne semblait y avoir, *à priori*, aucun péril à temporiser.

Mais, d'autre part, il y avait la persistance d'un écoulement séro-sanguinolent avec la béance vraiment anormale de l'orifice cervical, qui amenait à prévoir l'éventualité d'une fausse couche, toujours dangereuse au point de vue de l'hémorragie et de l'infection dans le cas de fibrome. La malade, exerçant la profession de concierge, ne pouvait s'astreindre au repos nécessaire ; mise au courant de sa situation et des difficultés que pouvait présenter l'accouchement, elle ne se souciait nullement de s'exposer aux risques d'une césarienne et d'une hystérectomie à terme. Ces considérations décidèrent le docteur Bender à conseiller l'intervention, sous réserve de pratiquer si possible une opération conservatrice.

OPÉRATION, le 22 juin 1907, par le D^r BENDER. Aide : H. BURTY.
— Laparotomie médiane. Incision allant de la symphyse à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic. Le ventre ouvert on tombe sur un gros fibrome et la coloration violacée de la tumeur, le développement vasculaire, montrent qu'il y a coexistence d'une grossesse. L'utérus, difficilement mobilisable, ne peut être qu'incomplètement attiré dans la plaie. Il contient plusieurs corps fibreux interstitiels dont l'un, postérieur, atteint les dimensions d'une tête de fœtus. Il est manifestement impossible de tenter une opération conservatrice en raison de la multiplicité des corps fibreux et on se résout à extirper l'utérus. L'hystérectomie est pratiquée méthodiquement, par ligature initiale et section du pédicule utéro-ovarien, des ligaments ronds, des utérines ; le col est sectionné à son tour. A ce moment il s'écoule par l'orifice de section une petite quantité de liquide séreux qui est rapidement époncée et ne peut souiller le champ opératoire bien protégé. La muqueuse du moignon cervical apparaît très épaisse et boursoufflée ; on en résèque un assez large lambeau cunéiforme et la surface cruentée est cautérisée au thermo. Suture du col. Péritonisation soigneuse. Fermeture de la paroi en trois plans.

Toutes les ligatures et sutures ont été faites au fil de lin ; l'hémorragie a été nulle.

Les suites opératoires n'ont été troublées par aucun incident ; le malade est actuellement en pleine voie de guérison.

Examen des pièces. — La pièce pesait 1.480 grammes. A l'examen on constate (V. fig. IV) que la tumeur est formée en majeure partie par un gros fibrome du volume d'une tête de fœtus, développé dans la paroi utérine postérieure. Il existe un autre fibrome sessile, du volume d'une mandarine, en avant à gauche, un autre plus petit au milieu et en haut, enfin quelques autres irrégulièrement disséminés. A la coupe le gros fibrome postérieur présente une coloration d'un gris rosé ; il est œdémateux et de la surface de section s'écoule une assez grande quantité de liquide séreux teinté de sang.

Les trompes sont saines ; l'ovaire gauche est normal ; l'ovaire droit, volumineux, contient au niveau de son pôle externe un gros corps jaune.

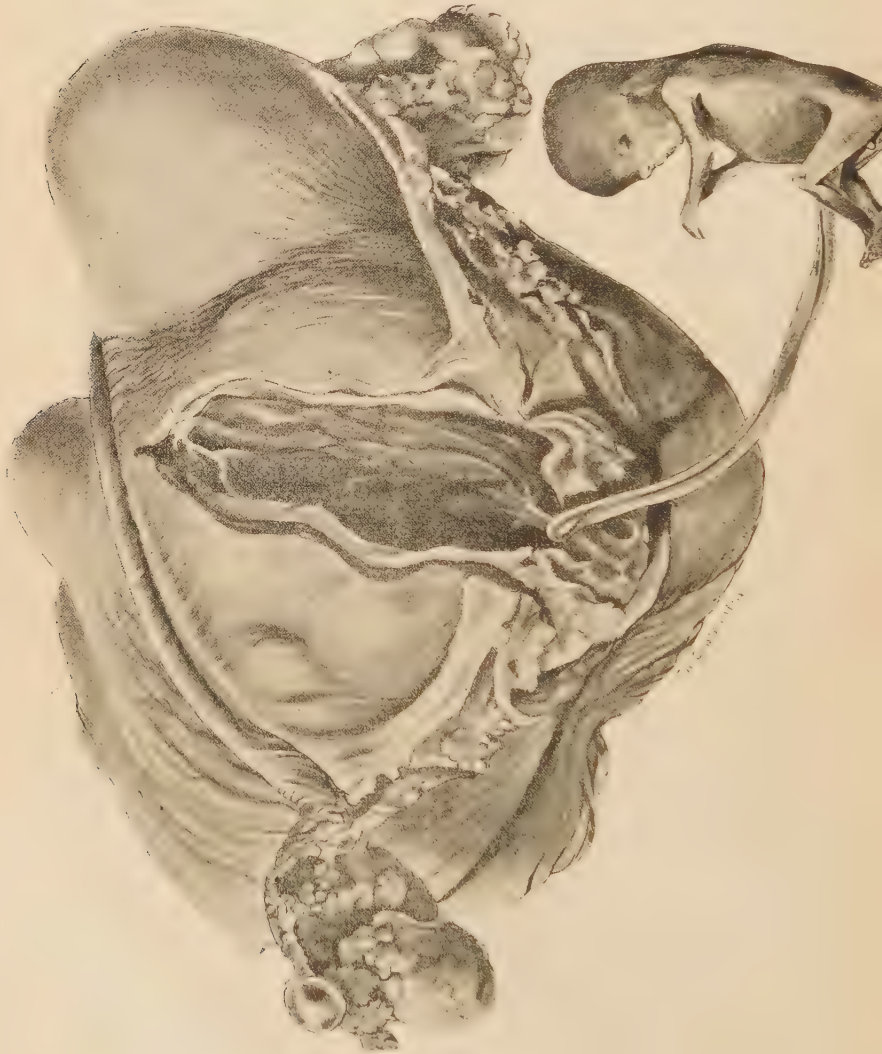


FIG. IV. — Fibrome de l'utérus. — Grossesse de 2 mois (obs. III).

La cavité utérine était située au niveau de la partie antérieure de la tumeur ; on l'incise sur une sonde cannelée et la cavité ovulaire est ouverte. Elle contenait un fœtus long de 10 centimètres. On constate que le placenta, d'ailleurs encore mal limité, était placé très bas. Le cordon, long de 11 centimètres venait s'insérer tout près de la tranche de section du canal cervical (V. fig. IV) (1).

OBSERVATION IV (Inédite).

Due à l'obligeance de M. le Dr JAYLE.

Fibrome de la corne gauche, compliquant une grossesse, à développement suraigu pendant les trois premiers mois de la grossesse, déterminant des phénomènes de péritonisme et d'occlusion intestinale, pris pour un kyste de l'ovaire avant la laparotomie ; pour l'utérus lui-même au cours de cette opération, pour l'utérus atteint d'hydramnios après, arrêté dans sa marche au cours du quatrième mois, permettant l'accouchement à terme et dans de bonnes conditions.

Femme de 39 ans. Réglée à 13 ans : règles régulières durant 8 jours, très abondantes, douloureuses (la malade se trouve mal quelquefois) ; les douleurs sont moindres depuis le mariage qui remonte à cinq ans.

A 18 ans, pertes blanches très abondantes.

A 23 ans, la malade aurait eu une fièvre intermittente suivie d'anémie très prononcée ; elle garda le lit pendant 4 mois.

Mariée à 34 ans, la malade continue à être très bien réglée ; pas de pertes jaunes ni vertes ; très bien portante.

Il y a trois ans, à l'âge de 36 ans, après 15 jours de retard de

(1) Les tumeurs enlevées opératoirement, dans les observations I, II et III, ont été très soigneusement étudiées au point de vue histologique. Cette étude, non encore terminée, sera publiée dans un mémoire qui paraîtra prochainement dans la *Revue de Gynécologie* de M. le Professeur Pozzi.

règles, elle a eu une hémorragie qui a duré 3 jours ; les règles reviennent le mois suivant et continuent à être régulières et à durer 8 jours, moins douloureuses depuis le mariage. Très bien réglée jusqu'à il y a deux mois et demi (fin août 1904) ; depuis, aménorrhée, maux de cœur, la malade vomissait tous les jours à 6 heures, envies fréquentes d'uriner, pas de picotements dans les sains qui grossissent légèrement. Pas d'autres troubles.

Depuis deux mois et demi, le ventre qui jusqu'alors était à peu près normal a augmenté considérablement ; au fur et à mesure qu'il devenait plus volumineux, il devenait douloureux surtout au voisinage de l'ombilic.

Depuis le 15 octobre des douleurs ont apparu dans le bas-ventre.

Le 27 octobre, en se couchant la malade est prise de nausées, de vomissements alimentaires, de vives douleurs dans le ventre ; toujours très constipée elle ne va pas à la selle, elle peut à peine marcher courbée en deux.

Examen. — On constate à l'examen de la vulve une teinte violacée marquée. A l'examen du ventre, on voit celui-ci distendu par une tumeur qui remonte jusqu'à l'ombilic. Cette tumeur est régulière et donne l'impression d'un utérus gravide d'au moins 5 mois. A l'examen, elle donne d'abord une sensation de dureté comme s'il s'agissait d'un fibrome et c'est d'ailleurs le diagnostic qui a été posé par un médecin qui a conseillé l'ablation ; mais au bout d'un moment de repos elle devient plus molle, comme kystique. Au toucher, on trouve le col de consistance à peu près normale et au-dessus de lui une masse qui paraît être le corps de l'utérus déjeté à droite, si bien que la tumeur abdominale paraît para-utérine.

La malade n'a perçu aucun mouvement fœtal ; à l'auscultation, on ne perçoit pas les bruits du cœur fœtal, mais on trouve un souffle utérin dans la région correspondant à la tumeur droite pelvienne.

Le diagnostic porté est : grossesse d'environ 2 mois 1/2, compliquée de kyste ovarien peut-être tordu et déterminant des phé-

nomènes de péritonisme et d'obstruction intestinale. Dans ces conditions, la laparotomie est pratiquée.

OPÉRATION, le 8 novembre 1904. — Laparotomie. Incision allant du pubis à l'ombilic ; on ne trouve pas de kyste mais une tumeur lisse, régulière, de la couleur et de la forme de l'utérus ; la surface présente l'aspect musculaire ; à droite et à gauche de la ligne médiane circulent de bas en haut deux gros troncs veineux du volume du petit doigt. Cette tumeur, qui est fluctuante paraît à la vue et au toucher se continuer directement avec le col, et par l'inspection abdominale on ne voit pas la tumeur pelvienne droite qu'on avait cru sentir au toucher. Pour s'en rendre compte, il faudrait saisir la tumeur que l'on a sous les yeux et l'énucléer de la cavité abdominale. On n'ose pas faire cette manœuvre, car on pense que l'on se trouve en présence véritablement de l'utérus lui-même, gravide. Fermeture du ventre.

Suites opératoires. — Les suites opératoires ont été des plus simples. Il n'y a eu aucune complication et à la suite de cette intervention les phénomènes de péritonisme qui l'avaient provoquée ont complètement disparu pour ne jamais revenir.

Cependant le diagnostic restait toujours hésitant ; de plus, l'augmentation de la tumeur continua à se faire rapidement, si bien que huit jours après l'intervention le fond de l'utérus atteignait presque l'appendice xyphoïde : la situation devenait inquiétante.

Dans ces conditions, je priai le Dr Jeannin de venir examiner la malade. Il crut d'abord à une grossesse extra-utérine ou à un kyste et, comme je lui affirmais que la laparotomie que j'avais faite permettait de rejeter ces deux diagnostics, il conclut à un hydramnios à évolution aiguë et conseilla l'avortement.

Une nouvelle intervention me paraissant délicate, je priai le Dr Bouffe de St-Blaise d'examiner à son tour la malade ; il ne fit pas de diagnostic, et comme, depuis 48 heures l'augmentation du volume de l'utérus ne me semblait plus faire de progrès, il conseilla d'attendre encore un peu.

L'expectative fut donc acceptée et, en effet, à partir de ce mo-

ment l'utérus sembla avoir cessé son mouvement d'extension très rapide.

La malade rentra chez elle et je pus la suivre les mois suivants. Jusqu'en janvier 1905, il n'y eut pas de changement bien notable ; mais, en fin mars, je fus très surpris par l'aspect du ventre ; on trouvait alors un utérus gravide dont le siège était normal et dont le fond était coiffé comme d'une énorme brioche par une tumeur qui venait se loger dans le flanc gauche et dont le volume était environ de 20 centimètres de diamètre.

Le diagnostic était dès lors facile à faire ; il s'agissait d'un énorme fibrome siégeant au niveau de la corne gauche dont le développement avait été suraigu au cours des trois premiers mois de la grossesse, qui avait déterminé à deux mois et demi des phénomènes de péritonisme graves, qui avait été pris avant la laparotomie, nécessitée par les accidents abdominaux, pour un kyste de l'ovaire, puis pour le ceps utérin gravide tellement il lui ressemblait au cours de l'intervention et qui, finalement, ne se développant plus, avait été simplement rejeté en haut et à gauche par l'utérus gravide se développant normalement.

La malade accoucha à terme d'une fillette bien constituée et ne présenta aucun accident au moment de l'accouchement.

DEUXIÈME PARTIE

CONSIDÉRATIONS D'ENSEMBLE SUR LES FIBRO- MES COMPLIQUÉS DE GROSSESSE

CHAPITRE PREMIER

ÉTIOLOGIE. — INFLUENCE DES FIBROMES SUR LA FÉCONDATION

Au début de ce travail et avant d'étudier l'influence possible des fibromes sur la grossesse, et réciproquement, il convient d'envisager tout d'abord les conditions dans lesquelles un utérus fibromateux peut devenir gravis. Cette question, comme tant d'autres, a donné lieu à de nombreuses controverses, et les opinions les plus opposées ont été, tour à tour, acceptées.

Louis (1) pensait que l'existence d'une tumeur fibreuse de l'utérus excluait absolument la possibilité d'une grossesse. C'était évidemment pousser l'absolutisme un peu loin et la clinique se charge de démentir chaque jour cette affirmation catégorique. Levret, d'ailleurs, lutta déjà pendant nombre d'années pour faire admettre que les fibromes ne constituaient pas une cause absolue de stérilité.

Il est certain, cependant, que les fibromes peuvent, dans bon nombre de circonstances apporter un obstacle à la fécondation. Les chiffres le prouvent. C'est ainsi que, sur 43 femmes mariées atteintes de cette affection, West signale 7 cas de stérilité, Röhrig 31 cas sur 106 femmes, Beigel 21 sur 86, Schuhmacher 24 sur 114, Scanzoni 35 sur 69, Mi-

(1) LOUIS, *Mémoire à l'Acad. de Chirurgie*, 1748, t. II.

chels 26 sur 127, von Winckel 134 sur 415, Schroeder 201 sur 604. En additionnant toutes ces statistiques, Olshausen (1) arrive à cette conclusion que sur 1.564 femmes atteintes de fibromes, 482 sont demeurées stériles, soit une proportion de 31 0/0.

Olshausen considère, d'ailleurs, que cette proportion est sensiblement trop élevée. Il fait observer avec raison que nombre de femmes atteintes de fibromes, ne viennent consulter le médecin que précisément parce qu'elles sont stériles. Parmi celles qui deviennent enceintes, beaucoup échappent à l'observation et ceci suffit évidemment à fausser plus ou moins les statistiques. En réalité, le nombre des femmes atteintes de fibromes qui restent infécondes est assez considérable, mais n'atteint certainement pas 10 0/0 des cas.

Ceci est l'opinion actuellement admise, tant en France qu'à l'étranger. On s'explique d'ailleurs très facilement que les fibromes puissent apporter, en maintes circonstances, un obstacle, plus ou moins facilement franchissable, à la fécondation. Il suffit pour cela d'avoir examiné un certain nombre de pièces enlevées au cours des hystérectomies. On constate, en ouvrant la tumeur, que la cavité utérine est souvent déviée, allongée, étalée, diversement contournée. Ajoutons à cela les altérations de la muqueuse, cliniquement traduites par des hémorragies, par un écoulement séreux, et voici autant de causes propres à mettre obstacle à la migration du spermatozoïde.

(1) OLSHAUSEN, Myom und Schwangerschaft. In J. VEIT, *Handbuch der Gynäkologie*, 2^e édit., 1907, t. I, p. 794.

Hofmeier (1), cependant, s'est élevé contre cette manière de voir. Il est d'avis que l'étude attentive des observations publiées ne conduit aucunement à admettre un lien de cause à effet entre les myomes et la stérilité. Il croit, au contraire, que la plupart de ces cas ont rapport à des femmes frappées de stérilité bien longtemps avant l'apparition de la tumeur dont on veut incriminer l'influence. Son opinion est que la stérilité n'est aucunement liée à l'existence d'un fibrome, qu'elle est toujours préexistante au développement de la tumeur et qu'elle est même susceptible de favoriser son apparition.

On sait, d'ailleurs, que le professeur Pinard (2) a bien mis en lumière ce fait que l'absence de fécondation est fréquemment une cause prédisposante au développement des fibromes utérins. Cette opinion peut être rapprochée des faits observés par Virchow (3) au cours de ses autopsies : fréquence des fibromes dans les utérus appartenant à des célibataires âgées, absence à peu près complète sur les cadavres de femmes ayant eu des enfants.

Hofmeier (4), d'ailleurs, pousse plus loin ses assertions. Il pense que, chez les femmes présentant des fibromes, l'activité générale, la menstruation et l'ovulation, persistent

(1) HOFMEIER. *Die Myomotomie*, Stuttgart, 1894. — Ueber Operationen am schwangeren Uterus. *Deutsche med. Wochenschrift*, 1887, n° 19. — Ueber den Einfluss der Myome des Uterus auf Conception. *Schwangerschaft und Geburt. Zeitschrift für Geb. und Gyn.*, 1894, Bd. XXX, p. 199.

(2) PINARD, *Bull. de la Soc. d'Obst., de Gyn. et de Pæd. de Paris*, avril-décembre 1904.

(3) VIRCHOW, *Pathologie des tumeurs*, t. III, p. 151.

(4) HOFMEIER, *loc. cit.*

plus longtemps que d'ordinaire et que, conséquemment, l'aptitude à concevoir de ces femmes se trouve augmentée et étendue à un âge plus avancé. Il cite, à l'appui de sa thèse des observations assez nombreuses et assez démonstratives.

Il est possible que Hofmeier ait raison pour certain nombre de cas particuliers, mais il n'en demeure pas moins vrai que, très communément, les fibromes constituent sinon un obstacle absolu, au moins une entrave sérieuse à la conception. Comme le fait remarquer très justement M. le professeur Pozzi (1), il est impossible d'énoncer, en pareille matière, une règle générale ; c'est affaire de cas particuliers. Tout dépend du siège, du volume du corps fibreux. C'est ainsi qu'un fibrome sous-péritonéal pédiculé, même très volumineux, pourra être parfaitement compatible avec la conception, la grossesse et l'accouchement. Au contraire un fibrome sous-muqueux, petit, mais obstruant le canal cervical, constituera un obstacle beaucoup plus sérieux. Ceci est prouvé d'une manière indiscutable par les observations de femmes atteintes de polypes fibreux du col, demeurées stériles pendant des années, et qui sont devenues enceintes après l'ablation de la tumeur. Il est certain, d'autre part, que des fibromes interstitiels peuvent se développer au contact de la portion interstitielle de la trompe et en obstruer plus ou moins complètement la lumière.

Pour conclure, nous dirons donc que les corps fibreux peuvent être une cause de stérilité en raison de leur siège ou des accidents qu'ils déterminent.

(1) S. Pozzi, Fibromes et grossesse. *Traité de Gynécologie*, 4^e édit., 1905, t. I, p. 459.

CHAPITRE II

INFLUENCE DE LA GROSSESSE SUR LES FIBROMES

Sous l'influence de la grossesse, les corps fibreux de l'utérus subissent une série de modifications, aujourd'hui bien connues. Parmi ces modifications, d'importance variable d'ailleurs, les unes portent sur le volume de la tumeur, qui grossit plus ou moins et dont le tissu peut se trouver diversement altéré ; les autres ont rapport à la situation de la tumeur qui se déplace du fait de l'accroissement de volume de l'utérus.

1° **Modifications de volume.** — C'est une notion généralement admise que les corps fibreux subissent, au cours de la grossesse, un accroissement plus ou moins marqué. Ces tumeurs, disent Ribemont-Dessaignes et Lepage, augmentent pendant la grossesse pour subir, pendant les suites de couches une sorte de régression ; cependant il est de règle que, après l'accouchement, les tumeurs fibreuses conservent un volume plus considérable qu'avant la conception. Quant aux faits exceptionnels dans lesquels on a signalé la disparition de fibromes pendant la grossesse, il y a lieu de se demander si ces tumeurs n'avaient pas subi un aplatissement tel qu'elles fussent difficilement appréciables à la palpation. En effet, pendant la grossesse, les tumeurs fibreuses participent aux phénomènes de ramollissement que l'on observe du côté des organes génitaux : elles subissent

une sorte de ramollissement physiologique dû à une vascularisation plus intense. Dans certains cas il y a plus que du ramollissement : il existe une sorte de dégénérescence provenant de lésions qui se développent dans le fibrome mais qui ne semblent pas être causées directement par la grossesse. Au fur et à mesure que la grossesse évolue, le ramollissement est de plus en plus marqué ; le fibrome s'assouplit (Depaul), s'aplatit, de telle sorte que son augmentation de volume se trouve ainsi en partie compensée (1).

En réalité l'accroissement de volume de la tumeur, au cours de la grossesse est des plus variables. Certains fibromes ne sont pour ainsi dire pas modifiés dans leurs dimensions. D'autres croissent avec une rapidité surprenante. Pour citer quelques exemples, nous rappellerons le cas de Cameron (2) dans lequel une femme, porteuse d'un myome auparavant gros comme une noix, présentait au cinquième mois un abdomen aussi volumineux qu'une femme à terme. Dans un cas de Routier (3) une femme, enceinte de quatre mois, sent tout à coup se développer dans son ventre une énorme tumeur ; elle étouffe du fait du refoulement du diaphragme. Dans un cas de Terrier (4), une femme de 33 ans, porteuse depuis huit mois d'une tumeur abdominale devient enceinte et, au cinquième mois son ventre est assez gros pour l'empêcher de marcher.

Il ne semble point que la situation du corps fibreux dans l'utérus ait une importance bien marquée sur le degré de

(1) RIBEMONT-DESSAIGNES et LEPAGE, *Précis d'obstétrique*, 1897, p. 982.

(2) CAMERON, cité par WERTHEIM, *loc. cit.*

(3) ROUTIER, *Bull. et Mém. de la Soc. de Chirurgie*, 1902.

(4) TERRIER, in thèse de ZABOROWSKI, Paris.

son accroissement. Or on sait que les fibromes du corps augmentaient surtout de volume dans le courant des premiers mois, tandis que les fibromes du col ne prendraient un plein développement que vers la fin de la grossesse ; c'est une hypothèse qui mériterait d'être confirmée.

Dans un bon nombre de cas l'augmentation de volume des fibromes reste modérée et constitue un incident plutôt qu'un accident. Parfois, et surtout lorsqu'il s'agit de fibromes pelviens, cet accroissement détermine des troubles de compression pénibles. Enfin, dans quelques cas, heureusement exceptionnels, le développement de la tumeur prend une marche suraiguë. Le fibrome acquiert en peu de temps un volume formidable et constitue un danger imminent par sa répercussion sur l'état général. C'est ce que M. Pozzi a appelé la *marche galopante* des fibromes, qui trompe souvent et fait croire à la présence d'une tumeur maligne. L'état général est, en effet, profondément atteint. Les malades sont pâles et émaciées ; elles se plaignent de dyspnée, de palpitations, de sensations d'étouffement que traduisent le surmenage du muscle cardiaque ; l'albuminurie est fréquente. Des vomissements, des troubles intestinaux ne tardent pas à survenir, qui activent encore la dénutrition et font de l'intervention hâtive une nécessité vitale.

2° Modifications de structure du fibrome. — L'augmentation de volume des fibromes, au cours de la grossesse résulte, en majeure partie, de l'*infiltration œdémateuse* de la tumeur. La consistance du fibrome est, en effet, molle, fluctuante même dans certain cas et le raclage de la surface de section amène l'écoulement d'une certaine quantité de liquide séreux.

Dans certains cas, cependant, il s'agit d'une hypertrophie véritable de la tumeur, dont les éléments sont multipliés. D'après Cornil (1), cette hypertrophie porterait sur les fibres musculaires lisses et serait absolument comparable à celle qui intéresse le muscle utérin lui-même. Pour Doléris (2), il s'agirait surtout d'une hyperplasie des éléments conjonctifs, se traduisant par un épaississement des cloisons fibreuses et une lobulation plus nette du fibrome.

Les cloisons interlobulaires et internodulaires sont constituées par un tissu peu dense. Les éléments musculaires abondent dans les cloisons de la périphérie de la tumeur tandis qu'ils diminuent dans les cloisons de plus en plus ténues qui se ramifient vers le centre, entre les plus petits nodules.

Ces nodules, de plus en plus restreints, parfois très réguliers, parfois assez irréguliers pour être difficilement aperçus sur une coupe, sont ainsi disposés :

1° Une zone centrale, riche en vaisseaux, artériels surtout ;

2° Une zone moyenne, formée de faisceaux connectifs, parallèles aux vaisseaux pour la plupart, dont la substance a subi à divers degrés la transformation muqueuse ou colloïde. Cette même transformation apparaît dans les cellules ;

3° Une zone périphérique, constituée par des faisceaux conjonctifs disposés en divers sens et dans lesquels on trouve beaucoup d'éléments jeunes, fusiformes ou arrondis ;

(1) CORNIL, Sur les altérations anatomiques des myomes pendant la grossesse. *An. de Gyn. et d'Obst.*, 1863, vol. XXXIX, p. 228.

(2) DOLÉRIS, *Arch. de Tocologie*, janvier 1883 et thèse de TURNER, 1900.

faisceaux musculaires rares, disposés en divers sens sur la coupe ; vaisseaux assez nombreux avec prédominance des veines.

On trouve fréquemment, çà et là, de petites anfractuosités remplies soit par du sang coagulé, soit par du sang liquide, soit par une sérosité plus ou moins teintée ; ces anfractuosités provenant de ruptures vasculaires, survenues aux dépens des capillaires les plus friables et ayant donné lieu à de petites apoplexies du tissu ou à de simples infiltrations sanguines dans les cavités lymphatiques.

Ces diverses altérations sont, d'ordinaire, d'autant plus accusées que le fibrome est en rapport plus direct avec l'utérus et que sa structure se rapproche davantage de celle du muscle utérin ; elles s'observent par conséquent de préférence sur les fibromes interstitiels ou sous-muqueux, beaucoup plus rarement sur les fibromes sous-péritonéaux.

A côté de ces lésions hypertrophiques ou œdémateuses, on observe, avec une assez grande fréquence, toute une série de lésions régressives.

Il arrive parfois que le fibrome subit, dans sa totalité, un processus de *mortification aseptique*. La surface de section présente alors une coloration brunâtre ou feuille morte, une consistance assez molle. A l'examen histologique on constate qu'il s'agit d'une nécrose complète ; les noyaux cellulaires ont complètement disparu et, sur les coupes, on ne trouve plus qu'une série de longues bandes fibreuses, colorées en rose sale par l'éosine et où n'existe plus aucun élément figuré. Ce sont là, nous y insistons, des lésions rigoureusement aseptiques ; le fait a une importance de premier ordre au point de vue opératoire, car il implique la

possibilité d'énuccléer par la laparotomie de semblables tumeurs, en conservant l'utérus et sans faire courir le moindre danger à la malade.

Mais, plus souvent le processus de *nécrose* des fibromes, au cours de la grossesse, revêt un autre type. La tumeur se ramollit à son centre, elle s'excave, se creuse d'une cavité centrale, irrégulière et anfractueuse, plus ou moins étendue et contenant un liquide séreux ou visqueux, qui tient en suspension des débris mortifiés. On aboutit ainsi à une véritable *transformation kystique* (1).

On a signalé enfin la *suppuration* et la *gangrène* (2) du fibrome. Ce sont là des complications beaucoup plus graves qui peuvent aboutir à une péritonite mortelle. Ces accidents sont d'ailleurs tout à fait exceptionnels au cours de la grossesse et on ne les observe guère que dans les suites de couches.

3^e Modifications de situation. — A côté de ces modifications, qui portent sur la texture même du corps fibreux et qui n'ont, à l'exception des complications infectieuses, qu'une importance secondaire ; il convient d'attacher une attention spéciale aux modifications qui peuvent être apportées à la *situation de la tumeur* dans l'abdomen. du fait de l'augmentation de volume de l'utérus. Ceci offre un intérêt de premier ordre au point de vue des rapports du fibrome avec le canal pelvien.

(1) VOGEL, Thèse de Giessen, 1886. — MACKENRODT, *Zeitschr. für G. u. G.*, Bd. 31, p. 452.

(2) KRUKENBERG, *Archiv für Gyn.*, 1883, Bd 24, p. 166 ; FRANK, *Monatsschrift für Geb. und Gyn.*, 1903, Bd. 17, Heft, III ; CH. MARTIN, in thèse de JOUBERT, Paris, 1907, p. 22.

On sait, depuis les travaux de Tarnier, que les fibromes ont pendant la grossesse une tendance à s'élever progressivement dans l'abdomen ; leur évolution peut, parfois être suivie pas à pas. Ceci n'a point évidemment une bien grande importance pour les fibromes sous-séreux, implantés sur le fond de l'utérus et qui ne sont pour ainsi dire jamais cause de dystocie. Mais il en va autrement des fibromes bas situés, des fibromes pelviens qui, eux, apportent parfois une difficulté insurmontable à l'accouchement. A ce point de vue l'évolution d'une grossesse compliquée de fibrome réserve parfois d'heureuses surprises. On voit des fibromes, enclavés primitivement dans le bassin, s'élever peu à peu, franchir le détroit supérieur et, ouvrant la route au fœtus, cesser de constituer un danger sérieux. Malheureusement il n'en est pas toujours ainsi et, quelquefois les fibromes s'enclavant et se fixant de plus en plus dans le pelvis, peuvent devenir le point de départ de diverses complications sur lesquelles nous aurons à revenir. Quoi qu'il en soit, il importe de retenir ce fait que des fibromes, primitivement pelviens, peuvent ensuite cesser de l'être. Ceci a son importance au point de vue du traitement.

CHAPITRE III

INFLUENCE DES FIBROMES SUR LA GROSSESSE

L'influence des corps fibreux sur l'évolution de la grossesse est des plus variables.

Elle est nulle parfois, ou du moins insignifiante. — « Rien n'est plus commun, disent Ribemont-Dessaigues et Lepage, que de voir de petits fibromes siégeant dans l'utérus ne gêner en aucune façon la marche et le développement de la gestation ; ce n'est que lorsqu'on examine la femme dans les derniers temps de la grossesse, et surtout au cours du travail, lorsque l'utérus en se contractant se dessine en relief, que l'on reconnaît l'existence de ces petites tumeurs qui n'avaient donné lieu à aucun symptôme particulier pendant le cours de la grossesse. »

Il est loin malheureusement d'en être toujours ainsi, et, dans une notable partie des cas, les fibromes peuvent devenir le point de départ d'accidents divers et de gravité variable que nous allons successivement passer en revue.

I. — **Rétroversion et incarceration de l'utérus gravide.**
— Nous avons dit plus haut que les fibromes de l'utérus, même pelviens subissaient généralement, au cours de la grossesse, un processus d'élévation progressive, débarrassant ainsi la filière pelvienne. Malheureusement il est à cette règle d'assez nombreuses exceptions. Cette ascension peut

être entravée par la forme, le nombre, la dimension et la situation des tumeurs, par leur dureté aussi et leur manque de souplesse. Le phénomène inverse est même possible et une tumeur du fond de l'utérus, primitivement extra-pelvienne, peut tomber dans le bassin et y demeurer enclavée si l'utérus vient à se couder en arrière.

Autre exemple : un utérus contient un corps fibreux dans sa face antérieure ou, plus souvent, dans sa face postérieure. Sous l'influence du développement de la grossesse, l'utérus augmente de volume. Le fibrome vient buter contre le promontoire et ne peut le franchir ; l'utérus tombe en rétroversion et les progrès de la grossesse ne font souvent qu'accroître l'incarcération de la tumeur.

Mais ce sont surtout les fibromes développés aux dépens des parties inférieures de l'utérus et spécialement les fibromes intraligamentaires qui fournissent les plus nombreux exemples d'incarcération. Ces fibromes n'ont qu'une mobilité très relative et, à moins d'une chance inespérée, leur désenclavement spontané est à peu près impossible.

C'est vers le quatrième mois, quelquefois un peu plus tôt, rarement plus tard, qu'apparaissent les accidents dus à l'incarcération du fibrome. Cette époque correspond en effet à la période d'accroissement brusque de l'utérus et du fibrome. Tantôt les accidents débutent brusquement et violemment, sans cause appréciable, tantôt ils surviennent à la suite d'une chute, comme dans les cas de Grosse ; tantôt et le plus souvent la marche est progressive et l'on voit sur-

(1) GROSSE, Thèse de Paris, 1903. Obs. I et II.

venir des accidents d'abord légers, puis qui s'accroissent progressivement.

Les malades éprouvent une sensation de pesanteur, des douleurs pelviennes, sciatiques ou crurales, de la constipation, de la dysurie. Souvent à la suite du repos au lit ces phénomènes s'atténuent et disparaissent, cela tient à ce que, sous l'influence du ramollissement de la tumeur et de l'ascension marquée qui se produit vers la fin du quatrième mois, le fibrome s'est dégagé de l'obstacle qui l'arrêtait et de pelvien est devenu abdominal. Ces accidents d'incarcération passagère sont assez communs et, tout récemment. Joubert en a rapporté deux exemples remarquables, tirés de la pratique de M. le professeur Pozzi (1).

Dans quelques cas, exceptionnels à la vérité, l'incarcération peut être tolérée jusqu'au terme de la grossesse. Dans une observation de Varnier et Delbet (2), l'utérus, portant un fibrome du volume du poing, inséré au-dessous et en arrière de la corne gauche, adhérent, était tombé en rétroversion, refoulant le rectum à gauche. La tumeur fut parfaitement tolérée mais, obstruant le pelvis, elle rendit l'accouchement impossible et l'enfant succomba. Il fallut faire l'hystérectomie totale.

Dans un cas de Thorn (3), un fibrome de la paroi postérieure, incarcerated, put être réduit sous chloroforme. La malade accoucha à terme, au moyen d'une application de forceps et l'enfant vécut.

(1) JOUBERT, Thèse Paris, 1907, Obs. XXI et XXII.

(2) *Ann. de gyn.*, 1897.

(3) THORN, *Münchner med. Wochenschrift*, 1905.

Ces cas heureux sont malheureusement assez rares et, dans les fibromes incarcérés on est conduit le plus souvent à intervenir de bonne heure par suite de l'intensité des phénomènes de compression.

II. — **Accidents de compression pelvienne.** — Ces accidents existent évidemment au maximum dans le cas d'incarcération. Mais ils surviennent aussi avec une assez grande fréquence, dans certains cas où la tumeur est mobile, mais où par son volume, par son poids, par les prolongements pelviens qu'elle peut présenter, elle exerce une pression marquée sur les parois du petit bassin. Nous analyserons ces troubles en passant en revue les différents appareils qu'ils peuvent intéresser, mais en nous rappelant qu'ils sont presque toujours associés, formant un complexe symptomatique qui variera avec chaque cas particulier.

1° *Troubles de compression nerveuse.* — Ce sont assurément les plus fréquents, ceux que l'on observe pour ainsi dire toujours à un degré plus ou moins accentué. Ce sont parfois des douleurs sourdes, gravatives, localisées à la région sacrée ou à la région hypogastrique et qui, par leur persistance, incommode beaucoup les malades. Ces douleurs s'exagèrent par la station debout, par la marche ; elles se calment généralement par le repos, par le séjour au lit. D'ordinaire ces douleurs s'accompagnent d'irradiations vers les reins, vers les cuisses, affectant souvent le type de la névralgie crurale.

Parfois les douleurs surviennent brusquement, par accès, sous forme de coliques violentes et peuvent simuler des

accidents de torsion. Dans quelques cas ces phénomènes douloureux sont si violents, qu'ils rendent le repos impossible à la malade et retentissent gravement sur l'état général ; ils peuvent constituer alors une indication impérieuse à l'opération.

2° Troubles de compression des voies urinaires. — Ces accidents sont, avec les accidents de compression nerveuse, ceux que l'on observe le plus communément. La dysurie légère avec pollakiurie est signalée dans un très grand nombre d'observations. A ce degré les troubles urinaires constituent une gêne plutôt qu'une complication véritable. Mais souvent, lorsque l'utérus a grossi, les besoins d'uriner deviennent continuels et la miction elle-même est douloureuse.

Un degré de plus et la rétention s'établit avec la menace d'infection qu'elle comporte en raison des cathétérismes répétés que l'on est obligé de pratiquer. Dans un cas rapporté par Jacobs la malade n'urinait que par regorgement et, malgré des mictions fréquentes et douloureuses, elle ne pouvait arriver à vider sa vessie, distendue par plusieurs litres de liquide.

Ces accidents vésicaux tiennent parfois à la compression simple et l'on peut espérer les voir céder si le fibrome vient à se désenclaver. Mais, dans certains cas, ils résultent d'un déplacement de la vessie, adhérente au fibrome et qui se trouve allongée, étirée, déformée à mesure que l'utérus augmente de volume.

Lorsque la compression porte sur les uretères, les accidents sont encore plus redoutables. On observe alors sou-

vent de l'albuminurie, à un taux plus ou moins élevé, et c'est déjà là un accident sérieux. Mais, pour peu qu'il y ait de la cystite, l'infection ascendante et la pyélonéphrite seront à peu près inévitables, et la vie même de la malade pourra être sérieusement menacée.

Dans les cas de ce genre, il y aura évidemment une indication pressante à intervenir et il ne faudra pas attendre pour cela que les accidents aient atteint un degré suffisant pour compromettre le succès de l'opération.

3° *Troubles de compression vasculaire.* — Ces accidents s'observent avec une fréquence beaucoup moindre et n'ont pas, en général, une grande gravité. Ils se bornent, en général, à un œdème léger des membres inférieurs, souvent d'ailleurs transitoire. Dans quelques cas cependant l'œdème est plus accentué ; il peut s'étendre à la paroi abdominale et causer une gêne assez marquée.

4° *Troubles de compression intestinale.* — De même que les troubles de compression urinaire, les troubles de compression intestinale se trouvent signalés, au moins d'une façon passagère, dans un très grand nombre d'observations. La constipation est habituelle et l'on est obligé de lutter contre elle à grand renfort de lavements et de purgatifs. Dans les cas sérieux, soit qu'il s'agisse d'un fibrome volumineux, comprimant toute la masse intestinale, soit qu'il s'agisse d'un fibrome pelvien comprimant le rectum, la constipation prend peu à peu les allures d'une occlusion chronique et progressive. Le ventre se ballonne, l'appétit est perdu : la langue est sale, l'haleine fétide ; des vomissements surviennent souvent et le visage pâle, les traits tirés

témoignent des progrès de l'intoxication. L'état général ne tarde pas à être profondément atteint.

III. — **Troubles de réaction péritonéale.** — Ces symptômes s'observent assez fréquemment lorsque la tumeur a subi un accroissement rapide. On observe parfois des accidents atténués, à marche lente, caractérisés par des douleurs, des vomissements modérés, de la sensibilité du ventre et de la tumeur.

Parfois, au contraire, les accidents affectent une marche aiguë et qui peut devenir inquiétante ; les vomissements sont fréquents, le ventre est ballonné avec une sensibilité extrême de la paroi, le pouls est rapide ; il y a quelquefois un peu de température.

Dans un cas de Monprofit les vomissements incessants ne permettaient plus l'ingestion d'aucun aliment, l'amaigrissement et la faiblesse de la malade étaient extrêmes, sa vie était en danger et, de même que dans les vomissements incoercibles, on dut se résigner à sacrifier l'enfant pour sauver la mère. M. Monprofit pratiqua l'hystérectomie.

Un certain nombre d'observations récentes ont montré, comme nous allons le voir, que ces accidents de réaction péritonéale étaient dus quelquefois à la torsion du pédicule de fibromes sous-péritonéaux.

IV. — **Torsion du pédicule des fibromes sous-séreux et torsion axiale de l'utérus fibromateux gravide.** — La torsion du pédicule des fibromes sous-séreux, au cours de la grossesse, du moins la torsion suffisante pour déterminer des accidents sérieux, s'observe assez rarement. Dans une

intéressante communication à la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris, M. Lepage (1) en avait rassemblé cinq observations, dont un cas personnel. Dans sa thèse en 1906, Berniolle (2) en rapporte un cas nouveau, celui de David. Tout récemment, enfin, Joubert (3) a publié dans sa thèse deux observations inédites provenant de la pratique de M. Ch. Martin (d'Angers), et Malherbe et Grosse ont communiqué à la Société d'Obstétrique, de Gynécologie et de Pædiatrie un cas intéressant. Cela nous fait un total de neuf cas publiés.

La torsion des fibromes sous-séreux pédiculés, de même que celle des kystes de l'ovaire s'observe surtout du deuxième au sixième mois de la gestation. Cette torsion se produit de préférence dans les cas de fibromes peu volumineux, particulièrement quand le pédicule est court et épais et que le corps fibreux est presque sessile.

Dans toutes les observations publiées la torsion s'est faite dans le sens de l'aiguille d'une montre et présentait un nombre variable de tours de spire. Le début des accidents est généralement brusque. La malade est prise de douleurs violentes dans l'abdomen, douleurs survenant par crises et s'accompagnant d'irradiations lombaires ou crurales. Les vomissements sont fréquents ; le ventre est ballonné et très sensible à la palpation ; la constipation est très marquée.

(1) LEPAGE et MOUCHOTTE, *Bulletin de la Société d'Obstétrique, de Gynécologie et de Pædiatrie de Paris*, 8 janvier 1906.

(2) BERNIOLE, *Les fibromes de l'utérus sous-péritonéaux, à pédicule tordu, au cours et en dehors de la grossesse*, Thèse de Paris, G. Steinheil, 1906.

(3) JOUBERT, Thèse de Paris, 1907 (obs. XXIV et XXV).

Le tableau clinique est calqué, en somme, sur celui de la torsion du pédicule des kystes de l'ovaire.

Le plus souvent les accidents se présentent sous la forme de poussées successives avec périodes d'accalmie, mais l'état de la malade s'aggrave progressivement et on est généralement obligé d'intervenir assez rapidement.

Le diagnostic a été le plus souvent méconnu. M. Maygrier diagnostiqua une appendicite. L'erreur la plus souvent commise a été la confusion avec un kyste de l'ovaire tordu, le ramollissement de la tumeur causé par l'apoplexie qui suit la torsion pouvant simuler à s'y méprendre la fluctuation d'un kyste ovarique. Pourtant, d'après M. Lepage, on pourra arriver à reconnaître qu'il s'agit d'un fibrome si la tumeur change de consistance et se durcit au moment où l'utérus se contracte ; c'est ce signe qui l'avait fait incliner vers le diagnostic de fibrome dans l'observation qu'il a publiée.

La torsion du pédicule des fibromes au cours de la grossesse est évidemment un accident sérieux. Cependant les résultats opératoires, à l'exception de deux cas, ont été favorables. Sept fois, la myomectomie ayant été pratiquée, la grossesse continua sans encombre et l'accouchement se fit à terme.

Les deux cas malheureux sont ceux de Cappie et de Routier. Dans le cas de Cappie, qui date de 1875, on avait fait le diagnostic de grossesse avec péritonite et on avait provoqué l'avortement au quatrième mois. La malade succomba et on reconnut seulement à l'autopsie qu'il s'agissait d'un fibrome à pédicule tordu. — M. Routier avait enlevé par myomectomie, au sixième mois d'une grossesse, un fibrome du

poids de 3.350 grammes. La malade avorta sept jours après l'opération et succomba quelques heures après à une embolie.

Nous rapprocherons de la torsion du pédicule du fibrome sous-séreux les cas de *torsion axiale de l'utérus fibromateux gravis*. C'est un accident rare ; nous en avons réuni trois observations, celles de Thorn (1) de Lepage (2) et d'Ivanoff (3). Dans ce cas la torsion se fait au niveau de l'isthme. Les symptômes ne diffèrent pas de ceux de la torsion de pédicule des fibromes avec peut-être cependant une intensité moindre.

OBSERVATIONS

Nous avons pensé qu'il serait intéressant, en raison de la cause de cet accident, de grouper ici les observations publiées de fibrome tordu au cours de la grossesse et de torsion axiale de l'utérus fibromateux gravis.

1^o OBSERVATIONS DE FIBROME A PÉDICULE TORDU PENDANT LA GROSSESSE

Obs. I (CAPPIE). — La malade, enceinte de quatre mois, fut prise brusquement de pertes abondantes et de douleurs violentes dans le ventre ; bientôt apparurent tous les signes d'une péritonite grave. On diagnostiqua une grossesse compliquée de tumeur et on provoqua l'avortement. Après quelques jours de mieux les accidents reprirent et la malade succomba.

(1) THORN, *Münchner med. Wochenschrift*, 1905.

(2) LEPAGE, *Bull. de la Soc. d'Obst., de Gyn. et de Pæd. de Paris*, 8 janvier 1906.

(3) IVANOFF, *Bull. de la Soc. d'Obst., de Gyn. et de Pæd. de Paris*, 11 mars 1907.

A l'autopsie on constata la présence de gaz et de pus dans le péritoine ; on y trouva, au-dessous de l'épiploon adhérent, une grosse tumeur située à gauche, d'aspect noirâtre, comme gangréneuse. C'était un fibrome sous-péritonéal, attaché à la corne droite de l'utérus par un *pédicule tordu une fois et demie dans le sens des aiguilles d'une montre*. Le pédicule était de la grosseur du petit doigt ; la tumeur présentait, à la coupe, une coloration rouge foncé.

Obs. II (MAYGRIER). — La malade, une primipare âgée de 30 ans, était enceinte d'un peu plus de six mois et sa grossesse évoluait normalement lorsqu'elle fut prise, le 21 janvier 1901, d'une douleur localisée au côté droit du ventre, revenant par crises qui augmentaient graduellement d'intensité. A l'examen on sentait, à droite, une tumeur un peu mobile, paraissant siéger dans le cæcum. Constipation opiniâtre. Pas de température, état général satisfaisant, on prescrivit simplement une médication calmante.

Le lendemain la douleur avait encore augmenté et on pensa à une appendicite.

Le 23 janvier les symptômes s'étaient encore aggravés ; le ventre s'était ballonné ; la malade avait des vomissements fréquents et franchement verts. Pas de fièvre, mais état général inquiétant. M. Bouilly, consulté, fait le diagnostic d'appendicite avec quelques réserves en raison de l'absence de fièvre et de la persistance d'une tumeur mobile dans la fosse iliaque.

OPÉRATION le 24 janvier. — Le péritoine ouvert on tombe sur un fibrome sous-péritonéal du volume d'une orange, un peu aplati, et dont le pédicule était tordu dans le sens des aiguilles d'une montre. La tumeur fut enlevée et le ventre refermé. Guérison.

Au bout d'un mois l'opérée fut prise accidentellement, à la suite d'une indigestion, de coliques utérines et toutes les tentatives pour empêcher un accouchement prématuré restèrent infructueuses. La malade expulsa un enfant de 7 mois 1/2 environ, du poids de 1.780 grammes, qui fut mis en couveuse et qui vécut.

Obs. III (ROUTIER). — La malade, une primipare âgée de 26 ans, fut prise subitement de douleurs abdominales le 25 juillet 1901. Elle

était enceinte depuis le 15 janvier environ. A l'examen on trouvait le ventre manifestement bilobé, soulevé par deux tumeurs distinctes, l'une à droite, l'autre à gauche ; cette dernière était fluctuante, indolente, se contractant sous la main. On perçoit nettement les mouvements actifs du fœtus ainsi que les bruits du cœur. On pense à un kyste tordu.

OPÉRATION le 1^{er} août. — La tumeur est un fibrome tordu sur son pédicule, implanté sur le segment supérieur droit de l'utérus. Le fibrome est détordu de troisquarts de spire dans le sens des aiguilles d'une montre ; le pédicule est lié et sectionné. La tumeur pesait 3.350 grammes.

Les suites furent simples tout d'abord mais, le 5 août, la malade se plaint de coliques et le 7 elle mourut en demandant d'aller sur le bassin quelques heures après avoir expulsé un fœtus vivant, mort depuis.

L'autopsie n'a pu être faite.

Obs. IV (RIBEMONT-DESSAIGNES et GROSSE). — Primipare, 32 ans, entre le 3 juin 1903 à la Maternité de Beaujon ; les dernières règles ont eu lieu le 24 au 26 janvier.

Le 1^{er} juin, la malade, qui n'avait jamais souffert du ventre antérieurement, fut prise brusquement d'une violente douleur abdominale qui l'obligea à s'aliter. — L'état persistant les jours suivants la malade entre à l'hôpital le surlendemain.

A l'examen on trouve un utérus gravide de 4 mois, remontant à l'ombilic et refoulé à droite par une tumeur occupant toute la partie gauche de l'abdomen. Cette tumeur, très dure, fait saillie dans la fosse iliaque gauche, où elle se dessine sous la paroi abdominale. Elle est accolée à l'utérus mais nettement distincte de lui. A son niveau le palper le plus léger est extrêmement douloureux et provoque des mouvements de défense de la paroi abdominale. Le toucher combiné au palper montre un col utérin conique, ramolli. Les culs-de-sac vaginaux sont libres et le doigt n'atteint pas l'extrémité inférieure de la tumeur, très élevée dans l'abdomen.

Diagnostic : grossesse de 4 mois compliquée de kyste de l'ovaire ou de fibrome utérin à pédicule tordu.

OPÉRATION le 4 juin. — Laparotomie. On trouve un fibrome pédiculé de l'utérus, implanté sur sa partie postéro-latérale gauche, un peu au-dessus et en arrière de la trompe. L'utérus est refoulé à droite en même temps qu'il a subi un mouvement de torsion vers la droite. Le pédicule, du diamètre d'une pièce de deux francs, ne présente qu'un très léger mouvement de torsion mais il est fortement étiré, ce qui explique les symptômes d'étranglement observés. A la surface de la tumeur se voient de nombreuses arborisations vasculaires. Section et ligature du pédicule.

Le fibrome pesait 540 grammes. A la coupe le tissu de la tumeur est pâle ; au niveau de l'une de ses extrémités, il présente une zone ramollie, de couleur foncée, offrant l'aspect et la consistance d'un tissu en voie de nécrose.

Suites opératoires simples. La grossesse évolua normalement sans aucun trouble et la malade accoucha le 7 novembre d'une fille vivante pesant 3.450 grammes. Suites de couches normales.

Obs. V (DAVID, *Semaine gynécologique*, 6 mars 1906). — Femme de 25 ans, entrée le 25 janvier 1905 à l'hôpital Lariboisière parce qu'elle souffrait déjà du ventre depuis plusieurs jours. Dernières règles du 17 au 20 octobre 1904. Dix jours avant son entrée à l'hôpital, la malade fut prise brusquement, le soir, de douleurs violentes, presque continues, siégeant dans la fosse iliaque du côté droit et s'irradiant à tout l'abdomen. Les douleurs étaient si violentes, si déchirantes, qu'elles obligeaient la malade à se tenir assise sur son lit, courbée en deux, le tronc fléchi sur les cuisses. Pas de vomissements.

Les jours suivants les douleurs se calment, puis elles reprennent de plus belle et la malade rentre à l'hôpital.

A l'examen on constate très nettement une voussure au niveau de la fosse iliaque droite. Par le toucher combiné au palper on reconnaît l'utérus, gros comme un utérus de trois mois et on sent une tumeur paraissant indépendante de cet organe et située à sa droite.

Cette tumeur est arrondie et ne semble pas présenter la consistance particulière du fibrome ; son pôle supérieur dépasse en haut l'ombilic.

On pense à une grossesse ectopique et la possibilité d'une appendicite est même discutée. Mais M. Peyrot fait le diagnostic de grossesse avec kyste de l'ovaire à pédicule tordu et conseille l'intervention.

OPÉRATION le 27 janvier 1906. — Le péritoine ouvert, on constate une certaine quantité de sang épanché provenant de la rupture de quelques adhérences au cours des examens répétés subis par la malade, et l'on tombe sur une tumeur fibreuse arrondie, du volume de trois poings environ s'insérant sur la corne utérine droite au-dessus et en avant de la trompe, la tumeur est fluctuante, ramollie et œdémateuse du fait de sa torsion. Section et ligature du pédicule.

Suites opératoires simples. Un mois et demi après la sortie de la malade, sa grossesse continuait à évoluer d'une façon normale. Depuis cette époque on n'a plus eu de renseignements à son sujet.

Obs. VI (LEPAGE et MOUCHOTTE). — Mme X..., 28 ans, devient enceinte pour la première fois en décembre 1904. Au début de février 1905, au deuxième mois de la grossesse et à l'époque correspondant à la menstruation apparurent des douleurs vives, intermittentes, généralisées à tout le ventre et ayant le caractère de coliques. Ces douleurs se calmèrent à la suite de lavements laudanisés.

Au début de mars, également à l'époque de la menstruation, apparurent de nouveau quelques douleurs abdominales, moins intenses qu'en février, mais par contre la malade eut un étourdissement et il s'en fallut de peu qu'elle ne perdît connaissance. Vers le milieu du mois elle remarqua que son ventre était soulevé du côté droit par une bosse arrondie, qui s'accrut sensiblement.

Le 3 avril la malade éprouva de nouveau une douleur abdominale intense et dut s'aliter. Cette fois la douleur était nettement localisée à droite au niveau de la fosse iliaque. Cette douleur était intermittente ; par moments elle s'exaspérait et s'accompagnait alors d'une hyperesthésie cutanée qui rendait insupportable même le contact des draps. Ces accidents se calmèrent, mais le 14 avril au matin la dou-

leur subite reparut au niveau de l'ombilic et fut si violente que la femme poussa un cri et s'affaissa sur une chaise. Le lendemain une nouvelle crise douloureuse se produisit, plus violente encore que la précédente.

A l'examen le ventre est tendu et douloureux, la palpation est extrêmement pénible. On peut cependant délimiter, à droite de l'utérus gravide, dont le fond est voisin de la ligne ombilicale, une tumeur arrondie, dure et tendue. Cette tumeur qui occupe une partie du flanc droit, fait corps avec l'utérus et paraît s'insérer sur son bord droit et sur la corne droite. Le toucher ne révèle rien d'anormal. On pense être en présence d'une tumeur tordue, fibrome ou kyste ou d'une grossesse dans une corne utérine très développée. Peu après l'examen les douleurs se calment.

Le 17 avril la malade entre à la Pitié dans le service de M. Lepage. Elle n'a plus souffert depuis le 15 au soir.

A l'examen le ventre est assez tendu, volumineux et irrégulier. On sent sur la ligne médiane et à gauche l'utérus gravide. A droite de l'utérus existe une tumeur arrondie, lisse, régulière, très dure, remontant jusqu'aux fausses côtes. Cette tumeur, séparée en haut du fond utérin par un sillon, fait plus bas corps avec l'utérus et se déplace avec lui, quoique d'une façon fort limitée. La pression et les tentatives de mobilisation réveillent la douleur. L'auscultation ne permet pas d'entendre les bruits du cœur fœtal, mais on perçoit nettement avec le stéthoscope les mouvements actifs du fœtus, M. Lepage porte le diagnostic de fibrome utérin vraisemblablement tordu.

OPÉRATION le 19 avril. — Laparotomie. On arrive sur une tumeur fibreuse arrondie, insérée sur la corne droite de l'utérus. Cette tumeur est reliée à la corne droite et à la partie la plus externe de la face antérieure de l'utérus par un pédicule très large tordu d'un demi-tour de spire dans le sens des aiguilles d'une montre. Sur le fond du fibrome adhère une grosse bride épiploïque. Section du pédicule et suture au catgut de la plaie utérine.

Suites opératoires simples. La grossesse continua à évoluer sans aucun incident et la malade accoucha le 20 septembre d'un enfant vivant du poids de 3.000 grammes. Suites de couches normales.

Obs. VII (MALHERBE et GROSSE). — M. X..., secondipare, 38 ans. Une première grossesse terminée en décembre 1901 par la naissance de deux jumeaux, actuellement vivants.

Grossesse actuelle : les dernières règles datent du 5 au 9 août 1905.

En examinant la malade, le 2 mars 1906, on sent nettement sur la ligne médiane, un peu au-dessous de l'ombilic, un fibrome pédiculé implanté nettement sur la face antérieure de l'utérus, un peu plus large qu'une pièce de cinq francs.

Huit jours après, à la suite d'occupations plus actives que de coutume, la malade fut prise brusquement de douleurs vives localisées à la région ombilicale, au niveau du fibrome. Pas de vomissements ni de température. Ces douleurs se calmèrent à la suite d'application de compresses chaudes sur l'abdomen et d'injections de morphine. Au bout de quelques jours la malade essaya de se lever, mais elle fut reprise de douleurs dès qu'elle essaya de reprendre ses occupations habituelles. Dans ces conditions on décida d'intervenir rapidement.

La laparotomie fut pratiquée ; après avoir libéré quelques adhérences péritonéales lâches, on arriva sur le fibrome, du volume d'une petite mandarine, aplati, presque sessile, implanté sur l'utérus par un pédicule court et épais. Ce pédicule avait subi un léger mouvement de torsion de gauche à droite, en même temps que le tissu utérin sur lequel était implantée la tumeur subissait un véritable étirement. Le fibrome fut facilement énucléé mais l'hémostase fut assez laborieuse et ne put être obtenue qu'à l'aide d'un véritable capitonnage sur lequel on appliqua l'extrémité inférieure de l'épiploon.

Les suites opératoires furent simples. On fit pendant cinq jours des injections de morphine à dose progressivement décroissante et il n'y eut aucune menace d'avortement. Accouchement à terme d'un enfant vivant du poids de 3,310 grammes. Suites de couches normales.

Obs. VIII (JOUBERT. Thèse de Paris, 1907, obs. XXIV). — B..., 28 ans, secondipare. Première grossesse normale, en 1901. La gros-

sesse actuelle (dernières règles en février 1904) s'est accompagnée au début, comme la première, de phénomènes reflexes, vomissements, tiraillements. Au début du troisième mois la malade a commencé à souffrir du côté gauche. Le repos au lit calma d'abord ces douleurs, mais elles reprirent, survenant sous forme de crises avec irradiations vers la cuisse gauche.

Le 2 juin 1904, dans la nuit, la malade est prise d'une douleur violente dans le côté gauche, avec vomissements fréquents et accélération du pouls ; le ventre est ballonné et dur ; pas de température.

A l'examen on trouve un utérus gravide débordant de trois travers de doigt la symphyse pubienne. Le fond, libre à droite, se prolonge à gauche par une tumeur pédiculée du volume du poing. Cette tumeur ne surmonte que peu le fond de la matrice et se développe plutôt à gauche ; elle se déplace avec l'utérus et paraît lui être rattachée sans qu'on puisse dire si elle en fait partie intégrante.

Le diagnostic est hésitant. Dans l'après-midi du 3 juin les accidents recommencent ; le facies se grippe : le ventre se ballonne légèrement. On pense qu'il s'agit d'une tumeur juxta-utérine ou d'un fibrome avec pédicule tordu.

OPÉRATION le 24 juin, par M. CH. MARTIN. — On trouve un fibrome, pesant de 150 à 200 grammes, rouge ecchymotique, relié à l'utérus par un court pédicule du volume du doigt, présentant une torsion de deux tours de spire dans le sens des aiguilles d'une montre. Résection du pédicule au ras de l'utérus et suture au catgut de la plaie utérine. Sur la face antérieure de l'utérus existait un petit fibrome du volume d'une noisette, qui est laissé en place. Suites opératoires simples. Continuation de la grossesse et accouchement à terme. La malade a été revue, en 1905, en bonne santé. Le nodule fibromateux de la face antérieure, laissé au cours de l'opération, a augmenté de volume et tend à se pédiculiser.

Obs. IX (Joubert, *loc. cit.*, obs. XXV). — Mme X..., 38 ans, nullipare, est prise subitement en février 1907, de douleurs violentes dans le bas-ventre avec tendance syncopale. Pouls à 100, pas de température.

Bonne santé antérieure : la malade, toujours très bien réglée antérieurement, n'a pas eu ses règles le mois dernier.

A l'examen l'utérus est un peu volumineux, sans qu'on puisse affirmer la grossesse. A gauche de l'utérus existe une tuméfaction du volume d'une orange, dure, douloureuse au toucher. Cette tumeur est peu mobile et paraît en connexion soit avec l'utérus, soit avec le ligament large. Le diagnostic est hésitant entre : appendicite, kyste de l'ovaire ou fibrome sous-péritonéal et même grossesse extra-utérine.

Cette première alerte ne dure que 36 heures ; la malade conserve cependant un certain endolorissement de la région.

Le 20 mars, nouvelle crise, plus violente et plus prolongée. Le repos et la glace amènent le troisième jour une détente. L'examen révèle une augmentation de volume notable de l'utérus dont le fond déborde le pubis de deux travers de doigt. Au niveau de la corne droite est insérée une tumeur plus grosse qu'une orange, dure, douloureuse, plus mobile et plus haut située qu'elle ne l'était lors du premier examen.

Il s'agit probablement d'une grossesse extra-utérine ou d'un fibrome sous-péritonéal, peut-être à pédicule tordu.

OPÉRATION le 28 mars, par M. CH. MARTIN. — Laparotomie. On trouve un fibrome plus gros que le poing, inséré au-dessous de la corne droite, très congestionné, presque noirâtre, dont le pédicule est tordu une fois et demie, de gauche à droite. Section du pédicule et suture de la plaie utérine au catgut. Guérison sans incidents. La grossesse évolue actuellement (mai 1907).

2^e OBSERVATIONS DE TORSION AXIALE DE L'UTÉRUS

FIBROMATEUX GRAVIDE.

Obs. I (LEPAGE, *Bull. de la Soc. d'Obst., de Gyn. et de Pæd. de Paris*, 1906, 8 janvier, p. 28). — Primipare, 27 ans, entrée le 1^{er} août 1902 à la Maternité de la Pitié. Dernières règles du 1^{er} au 4 avril 1902. Quelques semaines après la malade voit son ventre grossir un peu du côté gauche, sans douleurs.

Le 28 juillet, après une grande fatigue, la malade est réveillée dans la nuit par une douleur violente dans le bas-ventre, surtout dans la fosse iliaque droite. Une sage-femme appelée constate une tumeur dans la fosse iliaque droite et pense à une grossesse extra-utérine.

M. Lepage voit la malade le 30 juillet. Le ventre est augmenté de volume. On sent une masse arrondie, très dure, remontant jusqu'à l'ombilic et remplissant presque toute la fosse iliaque droite. A gauche, dans la fosse iliaque, on sent une masse moins ferme et plus régulière, ne dépassant que peu la branche horizontale du pubis ; elle semble indépendante de la tumeur et paraît être l'utérus.

Au toucher, on reconnaît que la tumeur gauche remplit en grande partie l'excavation ; le col de l'utérus se trouve situé en avant et à droite de la ligne médiane. La tumeur située dans la fosse iliaque droite paraît légèrement mobile.

M. Lepage pense qu'il s'agit d'une grossesse extra-utérine avec utérus en rétroversion, et que la tumeur juxta-utérine est soit un corps fibreux, soit un kyste dermoïde de l'ovaire.

En examinant à nouveau la malade le 2 août, M. Lepage croit reconnaître que la tumeur accessible au palper, à droite, se prolonge vers la gauche avec la tumeur constituée par l'utérus gravide.

La femme continuant à souffrir et désirant mener sa grossesse à bien, l'intervention est décidée.

OPÉRATION le 3 août 1902. — Laparotomie. Le ventre ouvert on constate la présence d'une tumeur de coloration blanchâtre, de consistance ferme, mobile, située à droite. Cette tumeur est sessile sur une autre tumeur très vascularisée qui est l'utérus gravide. L'utérus a subi un mouvement de torsion très accusé et la face antérieure, sur laquelle est implanté le fibrome, regarde directement à droite. Section du pédicule après ligature à l'aide de trois fils de soie. Le muscle utérin, très friable, se déchire au voisinage du pédicule sectionné et il faut placer plusieurs points du catgut pour assurer l'hémostase.

La tumeur, ovoïde, pesait 700 grammes.

Suites opératoires simples. — La grossesse continua sans incident. La malade accoucha le 26 décembre d'un enfant de 3 kilos environ.

Obs. II (IVANOFF). — Primipare, 24 ans.

Depuis sept ans la malade avait remarqué l'existence d'une tumeur abdominale ; pendant les dernières années la tumeur a atteint le volume d'une tête d'adulte, sans d'ailleurs déterminer de troubles particuliers.

Dernières règles le 12 novembre 1905.

La malade entre à l'hôpital Orloff, à Moscou, le 15 janvier 1906. Depuis trois semaines la tumeur a augmenté de volume à vue d'œil et si rapidement que la malade a de la peine à respirer. En même temps apparaissaient des douleurs très vives dans le ventre, qui empêchaient cette femme de vaquer à ses occupations.

A l'examen, on constate que l'abdomen présente les dimensions d'une grossesse à terme. Le fond de l'utérus est à mi-hauteur de l'ombilic et de l'appendice xyphoïde. La consistance de la tumeur est molle, élastique ; elle rappelle celle d'un kyste de l'ovaire à contenu colloïde ; il existe une fluctuation profonde dans toute la tumeur, surtout au niveau de sa partie supérieure. Au toucher le cul-de-sac de Douglas est rempli par une masse assez molle ; le col est refoulé en avant et en haut, derrière la symphyse. On pense qu'il s'agit d'un kyste de l'ovaire compliquant une grossesse de deux mois, avec phénomènes de torsion du pédicule datant de trois semaines.

Laparotomie. On tombe sur un volumineux fibrome tordu sur son axe de 180 degrés. On détord la tumeur et on fait l'hystérectomie supra-vaginale. La trompe droite est enlevée en même temps que l'utérus ; l'ovaire droit est laissé en place.

La malade mourut de paralysie cardiaque cinq jours après l'opération.

La tumeur pesait 7 kilos. C'était un fibromyome creusé d'un certain nombre de cavités kystiques. La cavité utérine contenait un fœtus de trois mois.

Obs. III (M. THORN, *Münchner med. Woch.*, 1905, p. 1631). — Grossesse de trois mois. Apparition brusque de phénomènes péritonéaux. On sent dans le bas-ventre et à droite une tumeur presque immobile, accolée à l'utérus, très douloureuse. Laparotomie. On

trouve l'utérus tordu sur son axe de 90°, avec implanté sur son côté droit un fibrome sous-séreux gros comme une tête de fœtus. Redressement de l'utérus et énucléation du fibrome. Guérison. Un mois avant le terme la malade eut une perte et expulsa un enfant mort depuis peu de temps.

V. — **Influence des fibromes sur l'évolution de la grossesse.** — Les observations sont assez nombreuses dans lesquelles la présence d'un fibrome n'a nullement contrarié l'évolution d'une grossesse et a permis son développement entier sans le moindre incident. Souvent cependant la grossesse se trouve soit interrompue, soit tout au moins compliquée, du fait de deux éventualités : l'insertion du placenta, en partie ou en totalité, sur le segment inférieur ; l'insertion du placenta au niveau d'un fibrome sous-muqueux.

1° *Hémorragies.* — Les hémorragies sont assez peu fréquentes au cours de la grossesse. Elles sont presque toujours dues, d'après M. Pinard, à *l'insertion basse du placenta*. Sur 10 cas d'hémorragies avant l'accouchement rapporté par Méheut dans sa statistique (1), 4 fois le placenta siégeait sur le segment inférieur, 4 fois l'insertion du placenta ne put être vérifiée, 2 fois seulement l'insertion fut trouvée normale. Quelques auteurs admettent que les hémorragies peuvent être dues à une endométrite concomitante.

Ces hémorragies se produisent souvent à l'époque habituelle des règles et présentent des caractères analogues comme abondance et comme durée. Elles peuvent, dans

(1) MÉHEUT. Thèse de Paris, 1902.

ces conditions, constituer des causes d'erreur, et conduire à méconnaître l'existence d'une grossesse. Elles sont rarement assez alarmantes pour nécessiter une intervention chirurgicale. Sur ses 10 observations, Méheut ne signale qu'un seul cas dans lequel la rupture des membranes et l'introduction d'un ballon furent nécessaires.

2° *Avortement et accouchement prématuré.* — Cela a été pendant longtemps une notion généralement admise que l'avortement était fréquent dans les cas de grossesses compliquées de fibromes. Les statistiques de Lefour (12,7 0/0) et de Nauss (18 0/0) paraissaient à ce point de vue singulièrement probantes.

Hofmeier (1) cependant s'est élevé contre cette opinion. Sur 42 cas de fibromes il n'a observé que 4 avortements, soit une proportion de 9, 52 0/0. Méheut (2) pense, lui aussi, que les avortements ne sont guère plus fréquents que dans la grossesse non compliquée de fibromes. Sur 85 cas il note 3 avortements seulement, plus un cas où l'on dut faire l'hystérectomie au cinquième mois, et un autre cas où l'on provoqua l'avortement pour hépatotoxémie, soit en tout une proportion de 5, 88 0/0 des cas.

Il semble que ces chiffres soient un peu faibles. On conçoit très aisément que de petits fibromes pédiculés, s'engageant à travers l'orifice interne du col, puissent facilement produire l'avortement. Ces fibromes peuvent parfaitement passer inaperçus et nous nous rallions absolument à l'opinion de Turner qui pense que les fibromes sont une cause d'a-

(1) HOFMEIER, *Congrès international*, Paris, 1900.

(2) MÉHEUT, *loc. cit.*

vortement qui serait reconnue plus souvent si l'on pratiquait un examen gynécologique précis dans les dix ou quinze jours qui suivent l'interruption d'une grossesse.

L'avortement peut être une cause d'accidents sérieux ; les hémorragies, l'infection sont fréquemment signalées.

Quant à l'accouchement prématuré, sa fréquence n'est pas discutée ; Méheut signale une proportion de 30 cas sur 85 fibromes gravidiques : 2 au septième mois, 11 au huitième, 17 au neuvième.

3° *Mort du fœtus et rétention dans l'utérus.* — La mort du fœtus et sa rétention dans l'utérus ont été quelquefois observées. D'après Lefour, cette mort est due le plus souvent à des hémorragies, insuffisantes pour entraîner l'expulsion de l'œuf mais capables d'entraîner dans la circulation utéro-placentaire des troubles accentués. Elle peut également provenir de la compression exercée directement sur le fœtus par le fibrome.

Si la poche des eaux vient à se rompre, on peut voir se produire l'infection de l'œuf, la putréfaction fœtale avec les accidents redoutables qui en sont la conséquence.

4° *Grossesse extra-utérine.* — On a attribué aux fibromes de l'utérus un rôle pathogénique important dans la production des grossesses ectopiques. Flammerdinghe (1) pense que les myomes sous-muqueux voisins des orifices tubaires sont susceptibles de gêner l'arrivée de l'œuf dans la cavité utérine et de l'immobiliser dans la trompe.

(1) FLAMMERDINGHE, Thèse de Würzburg, 1887.

CHAPITRE IV

INFLUENCE DES CORPS FIBREUX SUR LA PRÉSENTATION ET LE TRAVAIL

L'influence des corps fibreux sur l'accouchement peut être à peu près nulle, s'ils sont peu volumineux et situés sur le fond de l'utérus. Dans ces conditions ils n'apportent aucun obstacle au passage et ne paraissent pas avoir une influence appréciable sur les contractions du muscle utérin.

En revanche, quand il s'agit de fibromes volumineux et surtout de fibromes pelviens, on observe fréquemment des accidents de gravité variable, accidents de dystocie soit fœtale, soit utérine. Cette question a été étudiée de très près dans la thèse de Lefour (1) et, plus récemment, par M. Boursier (2) dans son rapport au Congrès de gynécologie et d'obstétrique de Nantes, en 1901.

1^o Présentation. — Les présentations vicieuses sont fréquentes dans le cas de fibrome.

La statistique de Tarnier (3), qui comporte 22 cas, nous donne :

(1) LEFOUR, *Les fibromes utérins au point de vue de la grossesse et de l'accouchement*. Thèse d'agrégation, 1882.

(2) BOURSIER, Des interventions chirurgicales dans les cas de dystocie par fibromes. *Rapport au Congrès de gynécologie et d'obstétrique*, Nantes, 1901.

(3) Cité par TURNER. Thèse de Paris, 1900, p. 55.

9 présentations du siège, soit : 35 0/0.

13 — céphaliques, — : 65 0/0.

La statistique de Nauss (1) permet de constater pour 86 cas :

45 présentations céphaliques, soit : 53 0/0.

22 — du siège, — : 26 0/0.

18 — du tronc, — : 17,5 0/0.

Celle de Lefour (2), qui comprend 102 cas, nous donne :

52 présentations céphaliques, soit : 31 0/0.

33 — du siège, — : 82 0/0.

17 — du tronc, — : 17 0/0.

Les chiffres cités par M. Boursier (3) sont les suivants :

Sommet : 53.82 0/0 au lieu de 97.29 0/0.

Siège : 27.18 0/0 — 1.71 0/0.

Tronc : 19.00 0/0 — 0.75 0/0.

La statistique de M. Pinard, rapportée par Méheut (4), nous donne pour 85 observations de fibromes gravidiques recueillies à la Clinique Baudelocque, de 1895 à 1900, 4 présentations de l'épaule et 5 présentations du siège.

Turner fait remarquer, avec raison, que la proportion de présentations vicieuses mise en relief par les statistiques doit être en réalité considérée comme exagérée. En effet, un grand nombre de cas de fibromes gravidiques, qui évoluent sans causer d'accidents, ne sont pas rapportés. On ne publie guère que les cas difficiles, qui entraînent la dystocie

(1) NAUSS, Cité par TURNER, *loc. cit.*

(2) LEFOUR, *loc. cit.*

(3) BOURSIER, *loc. cit.*

(4) MÉHEUT, *Contribution à l'étude des fibromes gravidiques*. Thèse de Paris, 1902.

et dans lesquels une intervention est nécessaire. On conçoit en effet, assez difficilement que de petits fibromes du corps puissent gêner en quoi que ce soit l'accommodation.

Pour ce qui est des gros fibromes sous-péritonéaux qui, par leur masse, déterminent un déplacement considérable de l'utérus, ils gêneront évidemment l'évolution du fœtus vers le 5^e ou le 6^e mois alors que le siège est alors souvent encore dans la partie inférieure de la cavité utérine. Les fibromes du col, inclus dans le bassin, ne pourront guère, à moins de volume exceptionnel, modifier les lois de l'accommodation.

Ce sont surtout les fibromes de l'isthme et du segment inférieur qui ont, au point de vue de la présentation, une importance essentielle. L'entonnoir sur lequel la tête doit venir appuyer vers le 7^e mois se trouve modifié dans sa forme, la tête glisse dans une fosse iliaque et on a une présentation transversale ou une présentation du siège.

On note, dans un certain nombre de cas, la procidence du cordon (Meheut, 2 fois sur 85 cas).

2^o Dystocie utérine. — La dystocie utérine peut relever de trois causes différentes :

1^o Les vices de contraction du muscle utérin ;

2^o Un défaut d'élasticité du tissu utérin ;

3^o L'obstruction de la filière pelvienne par la tumeur.

Il arrive assez souvent que les contractions utérines sont faibles et irrégulières et ne se répartissent pas à la totalité du muscle utérin. Dans ces conditions le travail progresse lentement et on peut observer tous les degrés de l'inertie utérine depuis le défaut de dilatation du col jusqu'à l'arrêt complet de contraction.

Quant au défaut d'élasticité du tissu utérin, il peut occasionner la rigidité du col ou même, opposant une résistance inégale à la poussée utérine, produire une *rupture* de l'utérus.

La dystocie fibromateuse proprement dite résulte de l'obstacle passif apporté à l'accouchement par le volume et le siège du fibrome. A ce point de vue il faut distinguer essentiellement les fibromes abdominaux des fibromes pelviens.

Les fibromes abdominaux ne peuvent guère exercer qu'une action indirecte, en refoulant l'utérus et en obstruant plus ou moins l'entrée du bassin. Mais il est rare qu'ils constituent un obstacle durable à moins qu'ils ne présentent un prolongement pelvien qui s'accroche au niveau du détroit supérieur.

Il en est tout autrement des fibromes pelviens. Tarnier a cru pouvoir évaluer d'une façon approximative le volume du fibrome susceptible de devenir cause de dystocie. « Pour qu'un fibrome puisse devenir un obstacle sérieux à l'accouchement, il faut qu'il soit descendu dans l'excavation, ou du moins dans l'ouverture du détroit supérieur. Il faut de plus qu'il ait un certain volume, que j'estime, très arbitrairement, je l'avoue, à celui d'un œuf de poule. »

En réalité le volume n'a pas une importance absolue, et voici pourquoi. Certains fibromes, même assez volumineux, se ramollissent au moment du travail, s'aplatissent, s'étalent devant le sacrum ou remontent même au-dessus du détroit supérieur sous l'influence de la contraction utérine.

Mais il en est d'autres, nés au niveau de l'isthme, de la portion sus-vaginale du col qui, eux, se trouvent dès le début

presque complètement fixes. Pelviens ils sont dès l'origine, pelviens ils resteront et, pour peu que leur consistance soit un peu dure et ne se laisse pas réduire ils seront fatalement un obstacle des plus sérieux à l'accouchement. Un autre obstacle à la réduction des fibromes siégeant dans l'excavation réside encore dans les adhérences qu'ils ont pu contracter avec les parois du bassin et qui limitent encore davantage leur mobilité déjà réduite.

Il ne faudrait pas se faire une idée exagérée de la fréquence et de la gravité de ces accidents dystociques, mais il faut reconnaître cependant qu'ils comportent dans certains cas un pronostic assez sérieux pour la mère et pour l'enfant.

3° **Délivrance.** — La délivrance ne paraît pas devoir être spécialement influencée par l'existence de fibromes utérins lorsque le placenta ne s'insère pas sur la région fibromateuse. Elle est cependant, en général, quelque peu retardée : le muscle utérin ne se contracte pas avec l'énergie habituelle et ne donne pas aussi nettement la sensation du globe de sûreté. Les fibromes du segment inférieur peuvent gêner le passage du placenta, modifier sa présentation et faire qu'il se présente par son bord ou par sa face utérine.

Les *hémorragies* sont relativement fréquentes, elles reconnaissent pour cause l'inertie utérine qui suit un travail pénible, le manque de tonicité du muscle utérin, l'insertion placentaire sur l'aire du fibrome. Habituellement légère et vite arrêtée, l'hémorragie peut être assez abondante pour déterminer la mort. Pour n'en citer qu'un exemple, nous rappellerons que Ribemont-Dessaignes et Lepage ont ainsi

perdu une femme malgré la délivrance artificielle et le tamponnement.

A l'autopsie on trouva à la surface interne de l'utérus des orifices vasculaires béants ; le tissu musculaire était tellement altéré par la dégénérescence fibromateuse qu'il n'avait pu oblitérer les vaisseaux.

CHAPITRE V

INFLUENCE DES CORPS FIBREUX SUR LES SUITES DE COUCHES

Les suites de couches sont assez fréquemment compliquées dans les cas de fibrome concomitant.

On peut observer quelquefois, bien qu'assez rarement, des accidents *de compression*. Turner en cite dans sa thèse un bel exemple (1). La tumeur avait un volume considérable et avait déterminé des accidents de compression abdominale. L'avortement qui se produisit ne détermina aucune amélioration ; les accidents, au contraire, s'aggravèrent, et la malade succomba.

Indépendamment des hémorragies de la délivrance, on peut également observer des *hémorragies* dans les jours qui suivent l'accouchement. Ces hémorragies sont plus ou moins tenaces et s'accompagnent de douleurs de reins souvent atroces (Lefour). Ces hémorragies sont moins menaçantes pour la vie de la malade que les hémorragies de la délivrance mais elles sont pourtant, dans certains cas, assez sérieuses. Aussi la régression de l'utérus devra-t-elle toujours être suivie avec le plus grand soin.

Mais les accidents les plus à redouter, sans aucun doute, à cette période sont les *accidents d'infection*. — Par leur

(1) TURNER, *loc. cit.* (obs. I).

volume, les fibromes peuvent obstruer le canal cervical et gêner l'écoulement des lochies, facilitant ainsi la production de l'infection. Il se fait de l'endométrite septique, puis, s'il s'agit d'un fibrome sous-muqueux, l'infection se propage très aisément à la loge celluleuse du fibrome, puis au corps fibreux lui-même dont elle détermine la suppuration et la gangrène. Ce sont là des accidents très graves qui ont souvent la mort pour conséquence.

CHAPITRE VI

DIAGNOSTIC

La question du diagnostic, dans le cas qui nous occupe, doit être envisagée à trois périodes différentes : pendant la grossesse, pendant le travail et pendant les suites de couches.

1^o Diagnostic pendant la grossesse. — Ce diagnostic, simple dans bien des cas, peut présenter pourtant, dans certaines circonstances, de très réelles difficultés, surtout pendant les premiers mois.

Prenons tout d'abord le cas le plus simple. On a reconnu depuis un certain temps, chez une malade, l'existence d'un fibrome. A un moment donné la malade a perdu un peu plus de sang que de coutume ; ou bien ses règles se sont arrêtées ; ou bien encore les phénomènes de compression ont augmenté d'intensité ; bref la malade a constaté dans son état une modification qui l'amène à consulter à nouveau. Dans bien des cas de ce genre, surtout au début de la grossesse, le diagnostic est très difficile et les observations sont nombreuses où ce diagnostic n'a été fait qu'au cours de l'opération, ou même à l'examen des pièces, après incision de l'utérus.

Si l'on a affaire à un corps fibreux du corps, sous-muqueux ou interstitiel, l'examen physique ne sera pas d'une

grande utilité pour le diagnostic et les commémoratifs, les troubles réflexes, le gonflement des seins seront les seuls éléments sur lesquels on pourra se baser.

Dans les cas de fibromes sous-séreux pédiculés, l'utérus étant entièrement distinct de la tumeur, on peut plus aisément percevoir ses variations de volume et le diagnostic sera plus aisé. Il faudra tenir compte du ramollissement du col et de l'état de l'isthme utérin.

Enfin, quand on se trouvera en présence de fibromes inclus dans le ligament large, à évolution abdominale ou à évolution pelvienne, les signes qui permettront de faire le diagnostic, en dehors des commémoratifs seront : d'une part, la constatation, à côté de la tumeur primitivement observée, d'une masse à laquelle elle est plus ou moins intimement unie, masse se contractant par intervalles et donnant, dans les périodes de relâchement, une sensation de pseudo-fluctuation ; d'autre part, les modifications du col.

Dans tous les cas on devra agir avec une extrême prudence, et, à moins d'accidents sérieux, attendre et pratiquer des examens répétés avant de faire un diagnostic ferme. On arrivera ainsi à l'époque où la grossesse se traduit par des signes certains, mouvements actifs du fœtus, perception des bruits du cœur, et l'on pourra éviter, sûrement, une désagréable surprise opératoire.

Envisageons maintenant le cas où l'on ne sait rien de la malade qui est soumise à l'examen et qui présente les troubles fonctionnels que nous avons décrits plus haut. On sent parfois une masse plus ou moins volumineuse, plus ou moins bosselée, qui est certainement l'utérus modifié dans sa forme et dans ses dimensions. Le diagnostic de fibrome

s'impose. Mais ce fibrome a une apparence plus globuleuse que d'habitude, sa consistance est moins ferme et plus dépressible. Ceci doit nous conduire à interroger la malade avec une extrême précision sur les caractères de ses dernières règles. Si ces règles ont été absentes ou si seulement elles ont été modifiées dans leurs allures, s'il existe des symptômes sympathiques de grossesse, on doit garder une sage réserve et attendre avant de se prononcer et surtout avant d'intervenir.

Dans d'autres cas les difficultés pourront être plus grandes encore. On sent, à l'examen, plus ou moins nettement, le corps de l'utérus et, à côté, on perçoit une tumeur, assez grosse, molle, donnant presque une sensation de fluctuation. Le diagnostic est ici très délicat et on peut se croire en présence d'un kyste de l'ovaire. Notre observation IV, que nous devons à l'obligeance de M. le Dr Jayle, montre bien les difficultés auxquelles peut se heurter le diagnostic. Chez cette malade on avait fait d'abord le diagnostic de fibrome, puis, la grossesse paraissant probable, le diagnostic de grossesse compliquée de kyste de l'ovaire, en raison de la mollesse de la tumeur. La laparotomie fut pratiquée ; le ventre ouvert la tumeur fut prise pour l'utérus gravide lui-même et la paroi fut refermée. La tumeur continuant à grossir rapidement on crut à un hydramnios aigu. Les accidents s'amendèrent, la malade accoucha à terme. Il s'agissait d'un gros fibrome inséré au niveau de la corne utérine gauche et dont le développement considérable, au cours des trois premiers mois de la grossesse, avait conduit à ces erreurs de diagnostic successives.

Dans une troisième hypothèse, enfin, la grossesse peut

être évidente et le problème consiste à chercher s'il existe un fibrome. Il faut alors examiner la paroi utérine au moment d'une contraction pour reconnaître les nodules fibromateux inclus dans son épaisseur, et explorer avec soin le fond et les côtés de l'utérus pour y chercher les corps fibreux pédiculés et sessiles. Ici encore, les causes d'erreur ne manquent pas, car Ahlfed (1) a montré qu'il peut se faire, dans la paroi de l'utérus grévde, des contractions partielles qui simulent, à s'y méprendre, l'existence d'un fibrome.

Il est parfois extrêmement difficile de reconnaître une grossesse compliquée de fibrome d'une grossesse gémellaire. On trouve un fœtus placé transversalement ou verticalement mais, à côté, on constate une masse arrondie qu'on peut prendre pour l'extrémité céphalique d'un second fœtus. A vrai dire, cette masse ne se laisse pas effacer par la contraction utérine, comme le ferait une partie fœtale, mais souvent pourtant il peut y avoir doute. Dans ces conditions on agira sagement, en tout cas, en n'affirmant pas la grossesse gémellaire avant d'avoir constaté deux centres de battements cardiaques à rythme différent et n'ayant aucun rapport avec le pouls de la mère.

Disons enfin, pour terminer, que la confusion peut être faite, dans certains cas, avec une grossesse extra-utérine. Lorsqu'il existe des signes de grossesse, la saillie formée par un fibrome sous-péritonéal ou par un fibrome intraligamentaire peut être prise pour un kyste fœtal accolé à l'utérus. L'erreur sera plus aisée encore à commettre s'il y a coexistence de métrorrhagies. Dans ces conditions l'opération

(1) AHLFELD, *Zeitschrift für Geb. und. Gyn.*, Bd 47, H, 2.

seule pourra lever le doute et montrer la cause véritable des accidents :

2° **Diagnostic pendant le travail.** — L'étude du diagnostic des fibromes au moment du travail présente une importance sérieuse. C'est, en effet, bien souvent, la première fois que la malade est soumise à l'examen, l'accouchement se fait avec lenteur ou difficulté et il importe de reconnaître la cause de la dystocie. Ce diagnostic ne souffrira généralement pas de difficultés dans les cas de fibromes du fond ou des côtés de l'utérus. Il peut être beaucoup plus difficile s'il s'agit d'un fibrome du segment inférieur. Dans ces conditions le toucher vaginal digital ne donne pas, généralement, de renseignements suffisants ; il faudra pratiquer le toucher manuel, au besoin sous anesthésie, afin de bien reconnaître la situation du col et de voir s'il n'est pas refoulé par une tumeur ou si la paroi du segment inférieur ne présente pas, en un point, un épaissement anormal. Grâce à un examen ainsi pratiqué, il est généralement possible de reconnaître la dystocie fibreuse. L'erreur peut cependant être faite avec l'hypertrophie du col (Cazeaux), avec une malformation utérine ou avec une tumeur du bassin (1).

3° **Diagnostic pendant les suites de couches.** — La question du diagnostic d'un fibrome pendant les suites de couches peut se poser dans les conditions suivantes : une

(1) Voir pour cette question : MARQUÉZY, *Des difficultés du diagnostic des fibromes de la paroi postérieure de l'utérus dans le travail de l'accouchement*. Thèse de Paris, 1891.

femme vient d'accoucher, sans difficultés particulières, la délivrance a été normale, la malade est prise d'hémorragies et cependant la main appliquée sur l'abdomen perçoit nettement le globe utérin, l'utérus est bien revenu sur lui-même. C'est alors le toucher combiné au palper qui nous renseignera, nous montrant soit un fibrome du corps, soit un polype plus ou moins hernié à travers l'orifice cervical.

CHAPITRE VII

TRAITEMENT

La question du traitement des fibromes compliqués de grossesse doit être envisagée à trois périodes différentes : pendant la grossesse, pendant le travail et pendant les suites de couches.

I. — Traitement des fibromes pendant la grossesse.

Nulle question peut-être n'a été plus controversée que celle du traitement des fibromes au cours de la grossesse. Les opinions les plus opposées ont été, tour à tour, produites et soutenues, tant en France qu'à l'étranger. On a vu certains auteurs préconiser, avec grande apparence de raison, l'abstention systématique ; d'autres conseiller, en se basant sur des raisons valables aussi, l'intervention prophylactique conservatrice. Rien n'est plus instructif, à ce point de vue, que la lecture des comptes rendus de la discussion qui eut lieu à ce propos à la Société d'obstétrique, de gynécologie et de pédiatrie de Paris, dans le courant de l'année 1901.

Deux clans s'y dessinent très nettement. D'un côté nous avons les interventionnistes qui considèrent que l'apparition de troubles sérieux, sans être graves, justifient une intervention radicale. Il en est même qui pensent que la simple

coexistence du fibrome et de la grossesse est un danger dont il faut délivrer la femme. Ce sont M. Legueu, M. Condamin, M. J.-L. Faure; c'est M. Schwartz qui admet comme indication valable la gêne des fonctions respiratoires et digestives, la tendance des fibromes à croître rapidement. C'est surtout M. Richelot qui, persuadé de la fréquence des accidents, reconnaît au fibrome les mêmes indications opératoires, qu'il soit ou non compliqué de grossesse et n'hésite pas à intervenir quand la femme lui paraît être en état de légitime défense.

Dans le clan opposé se rangent, avec M. Pinard, tous ceux, accoucheurs ou chirurgiens, qui n'admettent, en aucune circonstance l'opération préventive et qui pensent que l'abstention doit être systématiquement pratiquée, à moins d'accidents graves. Ce sont MM. Routier, Quénu, Delbet, Segond, Monprofit. A la vérité, un grand nombre des observations versées aux débats sont en faveur de cette manière de voir. La statistique de M. Pinard est, à ce point de vue, spécialement démonstrative. Sur 84 cas de grossesse compliquée de fibromes, 64 fois la grossesse évolua jusqu'à terme ou près du terme; 15 fois il y eut accouchement prématuré; 5 fois il y eut avortement. L'accouchement se produisit spontanément dans 54 cas; 30 fois il fallut intervenir; l'intervention fut jugée nécessaire 4 fois pendant la grossesse et 26 fois pendant le travail. Tous ces faits montrent à l'évidence que, dans un bon nombre de cas, une femme enceinte ayant un fibrome peut aller à terme sinon sans encombre, au moins sans grand danger.

Il en résulte, dit M. Pozzi (1), que : « L'expectation devra

(1) P. Pozzi, *Traité de gynécologie*.

être une règle à peu près absolue. Alors même que, durant la grossesse, le volume, la situation, l'immobilité de la tumeur donneraient l'assurance que l'accouchement sera laborieux, voire même impossible, on ne sera pas autorisé à sacrifier l'enfant. Il faudra attendre le terme de la grossesse ou le début du travail : c'est alors seulement que, suivant les circonstances, on se décidera à intervenir.

« L'intervention n'est légitimée, pendant la grossesse, que quand surviennent des **accidents graves**, pouvant compromettre la vie de la malade. Ces accidents menaçants, capables de conduire à une intervention rapide, sont souvent des troubles de compression du côté de la vessie et du rectum ; des douleurs violentes qui, quelquefois, ne laissent pas à la malade un moment de repos ou de sommeil ; une gêne circulatoire se traduisant par des œdèmes étendus ; l'insuffisance cardiaque avec les palpitations, les étouffements pénibles qui l'accompagnent. Ce seront enfin les vomissements fréquents pouvant devenir incoercibles, les hémorragies abondantes, les phénomènes d'irritation péritonéale ou encore une rapide augmentation de volume du fibrome qui peut affecter une marche véritablement galopante.

« Ces accidents présentent, au point de vue de l'intervention, une importance très inégale. Les troubles de compression, les hémorragies sont ceux qui ont, le plus souvent, conduit à l'opération. Les autres ne sont importants qu'en raison de leur retentissement sur l'état général. Quoi qu'il en soit, lorsque la situation paraît dangereuse, lorsque la vie de la malade semble directement menacée, il ne faut plus temporiser, il faut intervenir d'urgence. »

L'opinion des principaux auteurs allemands, Hofmeier (1), Olshausen (2), Wertheim (3), est sensiblement conforme à celle de M. Pozzi.

Nous sommes donc, au point de vue du traitement des fibromes gravidiques, en présence de deux opinions radicalement opposées, soutenues par des hommes également éminents. Et nous avons de plus ceci de paradoxal que les statistiques, suivant le point de vue auquel on les envisage, semblent donner raison aux uns aussi bien qu'aux autres. Aussi la conclusion qui nous paraît en résulter, c'est que, dans le traitement des fibromes gravidiques il ne saurait y avoir, logiquement, de règle de conduite absolue, s'adaptant à tous les cas. En pareille matière, comme d'ailleurs presque toujours en chirurgie, il ne faut pas être dogmatique, il faut être opportuniste. Tout le monde sera d'accord, sans aucun doute pour s'abstenir quand il s'agira d'un fibrome pas trop volumineux, ne déterminant pas de troubles accentués, ne paraissant pas devoir causer la dystocie. Chacun interviendra d'urgence en cas d'accidents de torsion du pédicule ou de phénomènes de compression sérieux. Mais entre ces deux extrêmes il y a la foule des cas intermédiaires, de beaucoup les plus communément observés. Pour ces cas il nous semble impossible d'établir une règle de conduite définie ; la question de l'intervention devra être discutée, pour chaque cas particulier, au triple point de vue de la

(1) HOFMEIER, *Congrès internat. de Paris*, 1900. Section d'obstétrique, p. 383.

(2) OLSHAUSEN, *loc. cit.*

(3) WERTHEIM, in WINCKEL, *Handbuch der Geburtshülfe*, t. II, 1^{re} partie, p. 444.

situation du fibrome, des accidents qu'il détermine, et des risques de l'opération.

Lorsqu'il s'agit d'un *fibrome du col*, à *évolution vaginale* deux cas peuvent se présenter : ou bien il s'agit d'un polype ou bien d'un fibrome interstitiel du col. On sait que les polypes sont une cause fréquente d'hémorragies ; ils sont très exposés à la nécrose, à l'infection et prennent souvent, vers la fin de la grossesse un développement exagéré qui peut conduire à de sérieuses difficultés au moment du travail. Pour cette variété nous avons donc, d'un côté la perspective de risques très sérieux, d'un autre côté la certitude de pouvoir débarrasser la malade de ces risques par une opération simple et bénigne. Il ne saurait donc, à notre avis, y avoir le moindre doute. Les fibromes pédiculés du col, dans le cas de grossesse, doivent être immédiatement enlevés. Pour les fibromes interstitiels du col, c'est autre chose. Si les accidents peuvent être sérieux l'opération présente, elle aussi, une plus grande gravité, au moins dans certains cas. Delagénière, Frank, Turner, conseillent d'intervenir dans le cas de myomes nettement limités à la partie inférieure du col et facilement énucléables. Nous sommes entièrement de leur avis. Mais lorsqu'il s'agit d'une tumeur volumineuse, mal limitée, les conditions seront différentes et les fibromes de ce type devront être assimilés, aux fibromes pelviens, dont nous discuterons tout à l'heure les indications opératoires.

Lorsqu'il s'agit d'un *fibrome abdominal*, on peut et on doit, en règle générale, temporiser. Mais, là encore, il ne faudrait pas attendre trop longtemps. Les opérations conservatrices ont donné, dans les cas de ce genre, des résultats trop favorables pour qu'il n'y ait pas lieu d'en tenir compte dans la

détermination à prendre. On s'abstiendra si le fibrome n'est pas trop gros, s'il ne détermine pas de douleurs violentes, de troubles de compression menaçants ; on s'abstiendra surtout si la tumeur a été constatée à un stade déjà avancé de la grossesse, alors que le fœtus est déjà presque viable et que son existence doit être prise en très sérieuse considération. Mais supposons qu'il s'agisse d'une grossesse au début, de deux ou trois mois ; le fibrome est volumineux et grossit progressivement, la malade souffre, elle a des vomissements, des troubles intestinaux, sa santé générale s'altère. A vrai dire nous n'avons encore observé aucun de ces accidents qui ont été admis comme justifiant une intervention rapide, mais nous avons le droit d'en redouter l'apparition prochaine. Devrons-nous, d'accord avec les abstentionnistes, attendre que ces accidents se soient produits ? Nous répondrions oui si l'intervention devait faire courir à la mère et à l'enfant de sérieux dangers ; nous disons non en présence des résultats que nous donnent les procédés actuels. La femme, l'enfant sont moins menacés par l'opération que par les accidents actuellement existants, par ceux, plus sérieux, dont les phénomènes observés ne sont probablement que le prélude. Nous avons le droit, nous avons le devoir d'intervenir et ce sera souvent le meilleur moyen de permettre à la grossesse d'aller à terme.

Arrivons enfin aux *fibromes pelviens*. Ici il faut distinguer. Il y a des fibromes pelviens par accident, si l'on peut dire. Ce sont des fibromes du fond et de la face postérieure de l'utérus qui peuvent basculer en arrière et rester plus ou moins complètement bloqués dans le bassin.

Dans les cas de ce genre on peut temporiser. Il arrive

souvent que, peu à peu, ces fibromes se désenclavent et, en s'aidant au besoin de manœuvres de rétropulsion, prudemment conduites, on aura tout lieu d'espérer qu'ils pourront être refoulés au delà du détroit supérieur, dégageant la filière pelvienne.

Mais il y a les fibromes de l'isthme et de la portion sus-vaginale du col dont les mouvements sont très limités d'emblée et qui, pour peu qu'ils présentent un accroissement rapide, gêneront le développement de la grossesse et seront presque fatalement cause de dystocie. Ce sont eux qui détermineront de façon précoce, souvent, des douleurs, des phénomènes de compression sérieux. Devra-t-on toujours dans les cas de ce genre, attendre systématiquement le terme et n'intervenir que pendant le travail. Evidemment non.

En pareille circonstance un élément nous paraît devoir présenter, au point de vue de la détermination à prendre, une importance primordiale : c'est l'âge de la grossesse, le degré du développement du fœtus et par conséquent ses chances de viabilité.

S'il s'agit d'une grossesse de six à sept mois, il ne saurait y avoir la moindre hésitation. A moins d'avoir vraiment la main forcée par des accidents menaçants, on ne doit pas intervenir ; il faut attendre et l'on agira à terme, suivant les circonstances.

Mais s'il s'agit d'une grossesse de six à huit semaines, ou même de trois ou quatre mois ; s'il s'agit d'un gros fibrome pelvien, enclavé et adhérent, bloquant le petit bassin ; si la malade souffre, s'intoxique du fait des accidents de compression urinaire ou intestinale, les conditions seront toutes diffé-

rentes. La femme a devant elle toute une longue période durant laquelle sa vie pourra se trouver sérieusement menacée ; quant à l'enfant il a évidemment des chances de survivre, mais il a plus de chances de succomber ; les statistiques le prouvent. En pareil cas il nous paraîtrait injustifié de mettre en péril la vie de la mère pour sauvegarder l'existence problématique de l'enfant ; il faut opérer et opérer dès que la situation devient sérieuse sans attendre que les accidents vraiment graves fassent leur apparition.

On voit, en somme, combien complexe est cette question des indications de l'intervention au cours des fibromes compliqués de grossesse. Et l'on se rend bien compte qu'à l'exception de certains cas bien définis, il est impossible, il est injustifié de formuler une règle de conduite uniforme. A chaque cas, pour ainsi dire, correspond une indication différente, tenant à la nature des lésions, aux accidents qu'elles déterminent, à l'âge de la grossesse et aussi à la condition sociale de la malade. Il est certain, par exemple, qu'on interviendra d'un cœur plus léger si la malade a plusieurs enfants déjà et qu'on se montrera beaucoup plus réservé s'il s'agit d'une primipare âgée.

En toutes circonstances il est bon d'avoir une doctrine, qui vous donne une direction générale, un guide dans la pratique journalière. Mais il faut savoir faire fléchir cette doctrine et l'adapter aux cas particuliers, plutôt que de vouloir faire rentrer ces cas, sans discussion, dans une règle absolue. En un mot, il ne faut pas élever un principe thérapeutique au degré d'un dogme infaillible et indiscutable. Entre les deux théories opposées, entre les interventionnistes systématiques et les abstentionnistes à outrance, il y a

place pour un juste milieu, pour un sage opportunisme, pour le bon sens clinique enfin, qui devra seul décider, en dernier ressort.

DU CHOIX DU MODE OPÉRATOIRE A EMPLOYER. — L'intervention étant décidée, on aura à choisir suivant les cas entre plusieurs procédés opératoires.

1^o *Interruption artificielle de la grossesse.* — M. Pozzi, dans son *Traité de gynécologie* n'en parle avec raison que pour mémoire. L'avortement, comme l'accouchement prématuré provoqué, est une opération illogique, car elle laisse subsister le fibrome et expose la malade à des complications redoutables : l'hémorragie et l'infection utérine. Kirchheimer (1) signale une mortalité de 40 0/0. Nous admettons, avec Turner, que la seule circonstance dans laquelle l'interruption de la grossesse soit défendable, c'est la nécessité d'intervenir d'urgence chez une cardiaque ou une rénale hors d'état de supporter une intervention plus sérieuse. Et encore y aurait-il lieu de douter sérieusement de la valeur du remède.

2^o *Myomectomie.* — C'est évidemment là l'intervention idéale ; elle permet d'enlever la tumeur, cause des accidents tout en conservant l'utérus et en permettant d'espérer la continuation de la grossesse. On devra toujours la tenter, chaque fois qu'elle paraîtra possible. Elle est facile dans le cas de gros polypes du col et sera rarement suivie d'avortement ; elle est déjà plus délicate dans le cas de fibromes interstitiels du col ou de polypes à large surface d'implantation.

(1) KIRCHHEIMER, Thèse de Paris, 1895.

La myomectomie abdominale présentera des difficultés et une gravité variables suivant les cas. Quand il s'agira de fibromes sous-péritonéaux pédiculés, il sera très facile de lier et de sectionner le pédicule. Les difficultés seront plus grandes dans les cas de fibromes interstitiels et surtout de fibromes intraligamentaires. L'opération sera plus grave et les chances d'avortement ultérieur seront augmentées. On a fait divers reproches à la myomectomie abdominale; on lui a objecté sa gravité et sa difficulté. Cette difficulté n'a rien de bien extraordinaire et l'on peut, sans danger (V. obs. I), arriver au contact immédiat de la muqueuse sans déterminer forcément l'avortement. L'ouverture même de la cavité utérine n'est le plus souvent qu'une légère complication. Quant à la gravité elle est évidemment appréciable; Turner note 4 cas de mort sur 44 observations, mais les résultats ont été et pourront être encore notablement améliorés.

On a dit que la myomectomie exposait à l'avortement. Il n'est pas douteux qu'un certain nombre de femmes ont avorté ou accouché prématurément. Mais combien plus nombreux sont les résultats favorables. En réalité, on peut pratiquer sur l'utérus gravide des opérations étendues sans compromettre la vie de la malade ni l'évolution de la grossesse.

Il ne s'ensuit pas d'ailleurs qu'il faille pratiquer la myomectomie sans discernement. Elle nécessite avant tout l'absence de toutes lésions septiques au niveau des fibromes à énucléer. Il ne faut pas que ces fibromes soient ou trop nombreux ou trop volumineux. Il faut enfin que les chances de succès de l'opération ne soient pas en disproportion avec sa gravité. En cas de doute il vaut mieux recourir à l'hystérectomie.

3° *Hystérectomie*. — L'hystérectomie, en matière de fibromes gravidiques devra être la dernière ressource, et l'on n'y aura recours que lorsqu'il sera impossible de faire autrement. Dans quelques cas on a été conduit à la pratiquer à la suite de tentatives infructueuses d'énucléation. On devra s'y résoudre d'emblée dans le cas de fibromes pelviens multiples et volumineux, quand on redoute la nécrose ou l'infection du fibrome, quand il y a des lésions annexielles. On fera, suivant les cas, la subtotale ou la totale. Le pronostic de ces opérations paraît un peu plus sérieux qu'en dehors de la grossesse, mais il est probable qu'un certain nombre des morts qui ont été signalées tiennent à ce que l'on avait attendu trop tard pour intervenir, la résistance des malades s'étant trouvée diminuée du fait de l'altération de l'état général. On devra toujours apporter à l'hémostase un soin tout particulier.

Telles sont les diverses opérations que l'on peut opposer aux fibromes lorsqu'on est appelé à intervenir au cours de la grossesse. Il sera le plus souvent impossible de dire, avant l'opération, si l'on fera la myomectomie abdominale ou l'hystérectomie. Mieux vaudra faire la laparotomie sans idée préconçue, et décider en présence des lésions l'opération qui paraîtra offrir le plus de chances de succès.

II. — Traitement des fibromes à terme ou pendant le travail.

La conduite à tenir au moment du travail variera suivant la nature des accidents et le siège de la tumeur. Quand il s'agit d'un fibrome sous-séreux, pédiculé ou sessile, du

fond de l'utérus, on est en droit d'espérer qu'il n'apportera pas un gros obstacle à l'accouchement et on peut attendre.

Dans le cas de fibromes pelviens, l'expectation est indiquée aussi pendant un certain temps au moins; on a vu bien souvent des fibromes s'aplatir, et même remonter assez haut pour dégager la filière pelvienne. Si la tumeur ne remonte pas d'elle-même et que le cas paraît favorable, on pourra essayer de la réduire manuellement, sous anesthésie; il faudra toujours, en pareil cas, procéder avec douceur et avec prudence, sans trop de force, pour éviter de produire une rupture utérine.

Mais l'expectation, pour justifiée qu'elle soit dans la plupart des cas, doit avoir des limites. Si le travail se prolonge, si la dilatation ne progresse pas, il ne faut pas s'obstiner dans une vaine attente et intervenir avant que la parturiente ne soit arrivée à cet état d'épuisement profond, qui aurait pour inévitable conséquence de rendre très sérieusement grave le traumatisme opératoire le plus léger. Parmi les opérations entre lesquelles on a le choix à ce moment les unes sont d'ordre purement obstétrical, les autres d'ordre chirurgical.

I. INTERVENTIONS OBSTÉTRICALES. — Ces interventions donnent, d'une manière générale, des résultats mauvais.

La *symphyséotomie*, déconseillée d'ailleurs par Varnier, ne reconnaît que de très rares indications. On n'aura une raison valable de la pratiquer que lorsque la tête est arrêtée par une tumeur rétro-utérine peu volumineuse, mais dure et incompressible. En pareille circonstance les fibromes peuvent être assimilés, au point de vue de l'intervention qu'ils commandent, aux tumeurs des os du bassin.

Le *forceps*, la *version*, étaient légitimés autrefois par les risques très grands que comportait la laparotomie. Aujourd'hui il n'en est plus ainsi, et ces interventions ne sont justifiées que lorsqu'il existe un espace suffisant pour laisser passer le fœtus sans trop de force. En dehors de ces cas, les interventions obstétricales ont une gravité égale, probablement supérieure même à celle des interventions chirurgicales, et doivent être résolument abandonnées. Rappelons-nous en effet que la statistique de Lefour, résumant celles de Tarnier et de Süßerott, donne pour le *forceps* les résultats suivants : sur 52 cas, 19 femmes sont mortes, soit 36.50/0. La *version* a donné une mortalité plus forte encore, 54 0/0. Les résultats obtenus pour l'enfant sont aussi lamentables. Avec le *forceps*, sur 52 cas, on a eu 23 morts ; avec la *version* sur 61 cas, 34 morts. En présence de pareils résultats, on reconnaîtra qu'il serait inexcusable de s'obstiner à tenter une application de *forceps* ou une *version* dans le cas où l'intervention paraît devoir offrir une difficulté sérieuse. C'est le cas où jamais de se souvenir que les plus grosses interventions ne sont pas toujours les plus graves.

II. INTERVENTION CHIRURGICALE. — C'est à elle qu'on devra avoir recours, lorsque le travail se prolonge et lorsque les moyens que nous venons d'indiquer paraissent insuffisants ou dangereux. Nous pensons, avec M. Pozzi (1), qu'on devra la pratiquer d'emblée lorsque l'obstruction pelvienne est complète, l'accouchement par les voies naturelles vraisemblablement impossible. Il vaut mieux intervenir avant

(1) Pozzi, *loc. cit.*, p. 470.

le travail ou bien dès le début de celui-ci, car on se trouve dans des conditions opératoires beaucoup meilleures : les membranes sont intactes, le liquide amniotique n'est pas infecté, la gravité de l'opération sera moindre.

Il est bien évident que, tout comme pendant la grossesse, la *myomectomie* serait au moment du travail l'opération idéale. Elle n'est indiquée cependant que lorsque le fibrome est accessible par le vagin. S'il s'agit d'un fibrome pédiculé, l'opération sera très simple : il n'en sera plus de même s'il s'agit d'un fibrome interstitiel du col. L'ablation peut donner lieu à une hémorragie abondante et l'amincissement de la paroi utérine qui en résulte peut devenir l'amorce d'une rupture. En réalité, la myomectomie, opération de choix pendant la grossesse ne doit être conseillée qu'avec réserve au moment du travail et doit céder le pas, en règle générale, à l'opération césarienne.

Certains opérateurs ont fait l'*opération césarienne conservatrice*. C'est là vraiment un pis-aller, une intervention qui ne serait acceptable que dans le cas où la femme aurait bien nettement exprimé la volonté de conserver son utérus pour permettre une grossesse ultérieure ; et encore ne faudrait-il pas que ce désir parût l'exposer à de trop sérieux dangers.

On n'aura malheureusement que rarement la possibilité de pratiquer la *myomectomie* après la césarienne. D'après M. Boursier (1), cette opération n'a été faite que deux fois, par Monprofit en 1895 et par Macleod en 1901.

Le plus souvent, en réalité, l'*hystérectomie* sera nécessaire. Ici nous avons le choix entre trois procédés : l'opéra-

(1) BOURSIER, *loc. cit.*

tion de Porro, l'hystérectomie subtotale, l'hystérectomie totale.

L'opération ancienne de Porro, avec pédicule externe, qui rendit de grands services et qui constitua naguère un indéniable progrès, apparaît à l'heure actuelle, à notre époque d'asepsie et de chirurgie précise, comme un des derniers vestiges d'une technique opératoire justement tombée dans l'oubli. Elle peut être conservée, dans la pratique, pour certains cas d'urgence, dans des conditions d'asepsie douteuse, ou entre des mains insuffisamment expertes. Mais elle ne pourra, elle ne devra jamais être considérée que comme un pis-aller.

Mieux vaut de beaucoup faire la subtotale, qui n'est pas beaucoup plus difficile, qui n'est certainement pas plus grave, d'ordinaire, et qui, elle, est au moins une opération complète, réglée, telle que les conçoit la chirurgie contemporaine. L'hystérectomie totale sera faite en cas de lésions du col ; elle a le désavantage d'être un peu plus longue que la subtotale et de nécessiter parfois des manœuvres assez difficiles pour obtenir une hémostase complète de la tranche vaginale.

Quant à l'*hystérectomie précésarienne*, qui consiste à enlever l'utérus d'abord et à l'inciser ensuite, elle n'est recommandable que lorsque le fœtus a succombé (1).

(1) VARNIER et DELBET, *Ann. de gyn.*, février, 1897, p. 401 ; VAUTRIN et SCHULL, *Semaine gynécologique*, 1898, p. 340.

III. — Traitement des fibromes pendant les suites de couches.

Nous ne dirons que quelques mots du traitement des fibromes pendant les suites de couches. On a, en général, tout le temps d'attendre et rien n'oblige à se hâter. Mieux vaut n'opérer que lorsque l'involution de l'utérus sera bien complète. Deux sortes d'accidents cependant pourront nous forcer la main et nous obliger à intervenir ; les hémorragies et les accidents d'infection.

Contre les hémorragies on essayera d'abord les injections d'ergotine, le tamponnement. Si elles sont causées par un polype, on en pratiquera l'ablation. Si l'écoulement sanguin persiste et devient trop abondant, on aura recours à l'hystérectomie.

Les accidents infectieux sont redoutables parce qu'ils peuvent produire la suppuration et la gangrène du fibrome. Aussi devra-t-on considérer comme une règle absolue de ne jamais pratiquer le curettage, qui risquerait d'entamer la gaine d'un fibrome sous-muqueux et d'ouvrir ainsi la porte à l'infection. Le seul traitement sera l'hystérectomie, grave évidemment, mais qui a donné pourtant des résultats heureux dans un certain nombre de cas.

CONCLUSIONS

1° Il est impossible de formuler, à propos des fibromes compliqués de grossesse, une règle de conduite absolue. Les cas sont trop différents et à chacun d'eux correspond une indication spéciale ;

2° D'une manière générale, à moins d'accidents menaçants, on peut attendre et laisser la grossesse évoluer. Cependant l'expectation ne doit pas être poussée trop loin sous peine de devenir dangereuse. Lorsque apparaissent des accidents de compression, des signes de réaction péritonéale ; lorsque l'état général s'altère, il faut intervenir. L'intervention est spécialement indiquée quand il s'agit de fibromes pelviens et que la grossesse est à son début ; en présence d'une grossesse de six ou sept mois, on fera tout son possible pour attendre le terme ;

3° L'opération idéale, pendant la grossesse, est la myomectomie, qui permet de conserver l'utérus tout en enlevant le fibrome, cause des accidents et cause possible de dystocie au moment de l'accouchement. Cette opération a donné de bons résultats et devra être tentée chaque fois qu'elle paraîtra possible. Dans le cas contraire, on pratiquera l'hystérectomie ;

4^e Au moment de l'accouchement, lorsque le fibroïde est cause de dystocie, on devra renoncer, sauf de très rares exceptions, aux interventions obstétricales, forceps ou version. On devra recourir d'emblée à la césarienne, suivie de myomectomie, lorsque celle-ci sera praticable, ou plus souvent d'hystérectomie subtotale ou totale.

Vu :

Le Président de la Thèse,
S. POZZI.

Vu :

Le Doyen,
M. DEBOVE.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
L. LIARD.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- Arnheim.** — Thèse de Munich, 1904.
- Backer.** — *Centralblatt für Gynäkologie*, 1902, n° 38, p. 985.
- Basso.** — *Archivio italiano di ginecologia*, 1904.
- Berniolle.** — Thèse de Paris, 1906, n° 42.
- Boursier.** — *Congrès de gynécologie et d'obstétrique*. Nantes, 1901.
- Bué.** — *L'Obstétrique*, 1903, p. 408.
- Condamin.** — *Lyon médical*, 1903.
- Cornil.** — *Ann. de gyn. et d'obst.*, 1893.
- Custom.** — *American Gyn. and. Obst. Journ.*, octobre 1901.
- Delagénière.** — *Soc. d'obst., de gyn. et de péd.*, 1901. — *Congrès de Nantes*, 1901.
- Dève.** — Thèse de Lyon, 1904.
- Dolérís.** — *La gynécologie*, 1899, p. 493 ; *Ibid.*, 1900, p. 30 et 120 ; *Ibid.*, 1905, p. 193. — *Société d'obst., de gyn. et de péd.*, 1901, 1905, 1907.
- Donald.** — *Obst. Soc. London*, 1901, vol. 43, p. 180
- Grosse.** — Thèse de Paris, 1902.
- Hofmeier.** — *Zeitschrift für Geb. und Gyn.*, 1900, Bd. 42, p. 383.
- Horroks.** — *Transact. obst. Soc. London*, 1900, vol. XII.
- Jacobs.** — *Soc. belge de gyn. et d'obst.*, 1902, n° 1, p. 13.
- Joubert.** — Thèse de Paris, 1907.
- Kallmorgen.** — *Fertschrift für Olshausen*, 1905.
- Lefour.** — Thèse d'agrégation, 1882.
- Lepage.** — *Ann. de gyn.*, 1900, vol. 53, p. 291. — *Société d'obstétrique, de gyn. et de péd.*, 1903, 1906.
- Lucas.** — Thèse de Paris, 1900.
- Marschner.** — *Centralblatt für Gyn.*, 1902, n° 37, p. 1000.
- Méheut.** — Thèse de Paris, 1902.
- Morestin.** — *Soc. anat.*, novembre 1900.
- Olshausen.** — in J. VERT : *Handbuch der Gynäkologie*.

Pinard. — *Société d'obst., de gyn. et de péd.*, 1901, 1903, 1907.

Poitevin de Fontguyon. — *Hystérectomie abdominale pour fibromes compliqués de grossesse.* Thèse de Bordeaux, 1898-1899, n° 42.

Pozzi. — *Bulletin de la Société d'obstétrique, de gynécologie et de pédiatrie*, octobre 1903 et mars 1906. — *Traité de gynécologie*, 4^e éd., vol. I.

Ribemont-Dessaignes et Lepage. — *Traité d'obstétrique.*

Turner. — Thèse de Paris, 1900.

Varnier. — *Ann. de gyn.*, août 1901.

Viana. — *Archivio ital. di Gin.*, 1905, vol. II, p. 219.

Imp. J. Thevenot, Saint-Dizier (Haute-Marne).
